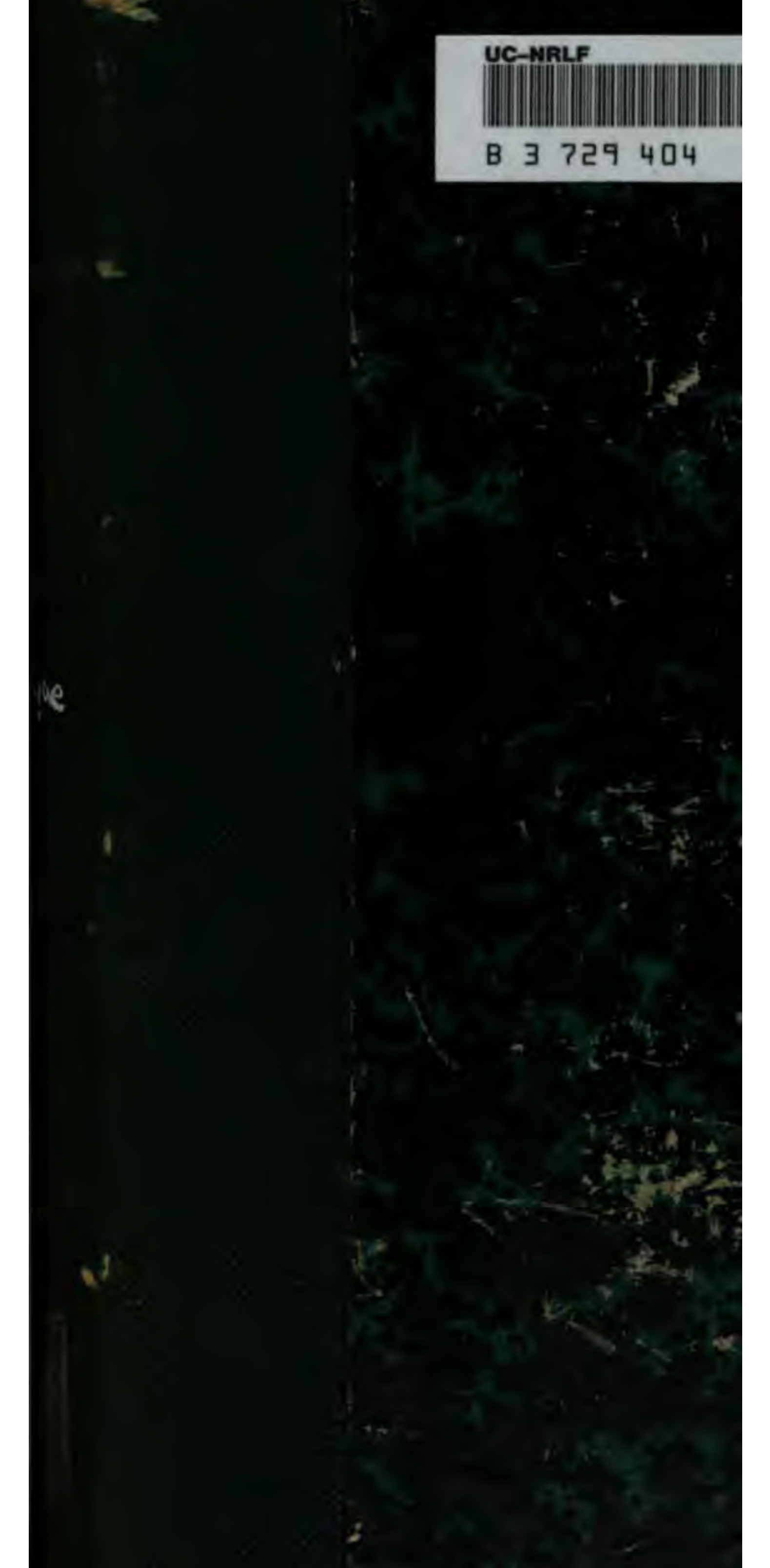
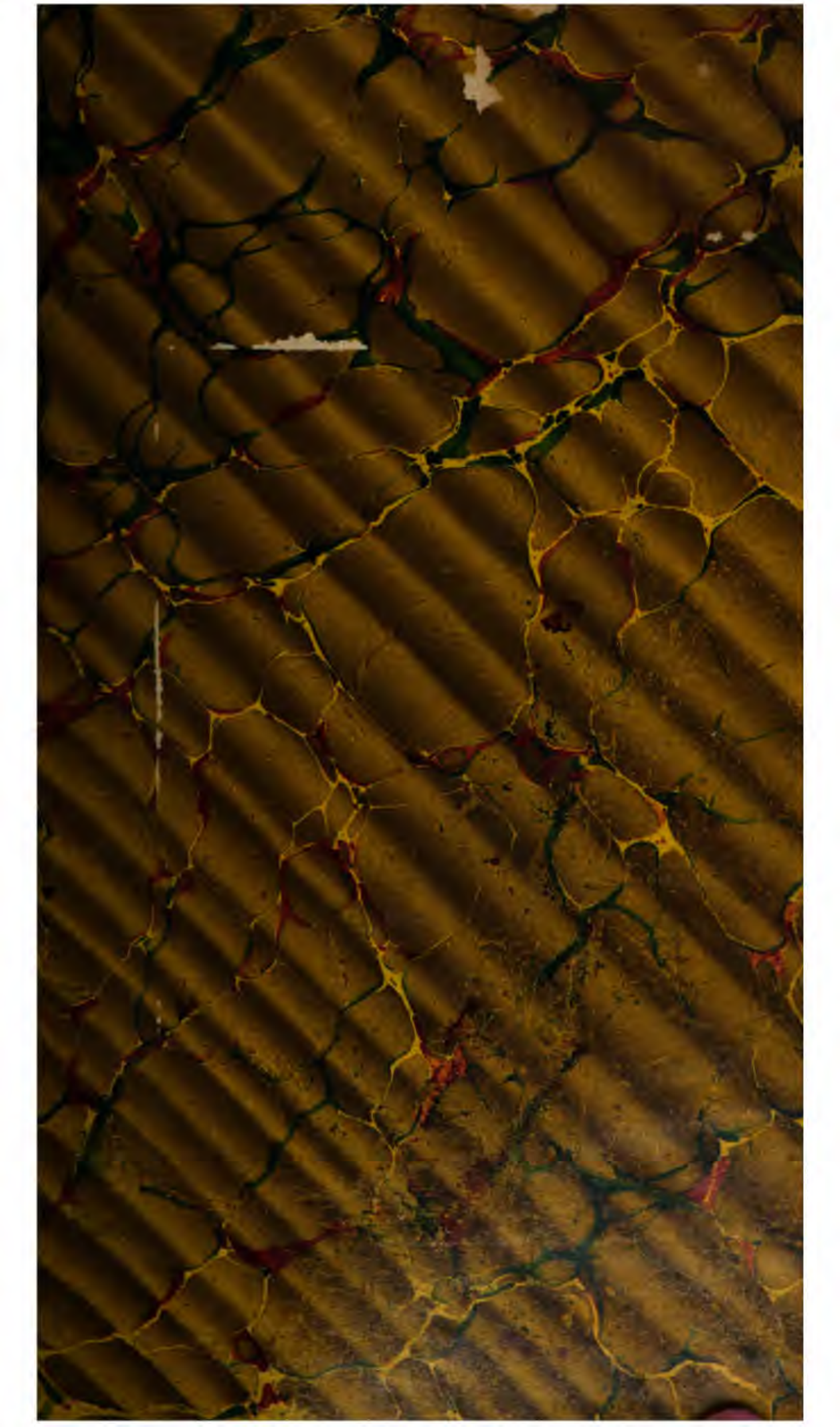

UC-NRLF
B 3 729 404


FRANÇOIS
9 et 10 Rue Casimir-Delavigne
TRÈS FORTE
SUR LES PRIX MARQUES
MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



Tom. III — 9 pl —
— IV — 9 pl

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME III.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs.
Pour les départements	20 —
Pour l'Europe	23 —

Pour l'Amérique, etc., 18 fr. et le port en sus.

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, rédacteur en chef, 58, boulevard Magenta, ou à M. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

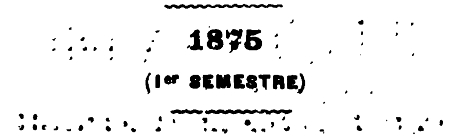
Rédacteur en chef

Dr A. LEBLOND

TOME III

Contenant des travaux de MM.

ANGER (Benj.), AHLFELD, BOISSARIE, BRAUN (de Vienne), CHARRIER, CHOUPPE, CHURCHILL (Fleetwood), CULLINGWORTH, DEMARQUAY, DURAND-FARDEL, EUSTACHE, FALLIER (de Brest), GRYNFELTT, A. GUÉRIN, GUICHARD, GUYENOT, HERRGOTT, HOMOLLE, LAROYENNE, LIZÉ (du Mans), MANNEL (de Dresde), MARTIN (Edouard), PAJOT, PARROT, PUECH, SAINT-VEL, SIREDEY, STOLTZ, SWAIN, TERRIER, TILLOT, TRÉLAT, VIBERT, WOODBURY (de Washington).



1875

(1er SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1875

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARDY-DELISLE, présid. de la Soc. méd. de la Dordogne, chirurg. de l'hôp. de Périgueux.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BLEYNIE, prof. d'accouch. à l'école de médecine de Limoges.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CHÉRON, médecin de la prison de St-Lazare.
CHURCHILL (Fletwood), prof. d'acc. à l'univ. de Dublin.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DEMARQUAY, membre de l'Académie de méd., chirurg. de la Maison mun. de santé.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPUY (L.-E.), ancien interne des hopitaux de Paris.
EUSTACHE, agr. à la Faculté de Montpellier.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à Féc. de méd. Dijon.
GILLETTE, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, ancien interne des hôp. de Paris.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), memb. de la Soc. de méd. de Paris.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. adj. du Lycée de Nîmes.
RAYNAUD (Maurice), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. Lariboisière.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hopital des Enfants-Malades.
SUREDEY, médecin de l'hop. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.
WORMS, méd. en chef de l'hop. de Rothschild

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LE CHLOROFORME DANS LES ACCOUCHEMENTS NATURELS CONSIDÉRÉ AUX POINTS DE VUE SCIENTIFIQUE ET PRATIQUE.

Par M. le professeur Pajot.

Simpson d'Edimbourg, le vulgarisateur du chloroforme, fut un esprit d'une incontestable supériorité. Plus hardi, plus chercheur, il primait P. Dubois, son contemporain, par l'initiative, la décision et la hardiesse. Il ne l'égala jamais par la judiciaire.

Que Simpson, après avoir vu tout l'univers médical adopter le chloroforme dans les opérations, malgré quelques retours

offensifs tentés, sans succès, par les partisans de l'éther, que Simpson ait cherché à l'introduire dans la pratique des accouchements naturels, on devait s'y attendre.

Que P. Dubois ait procédé avec plus de circonspection, de timidité, si l'on veut, qu'il ait fini par accepter l'anesthésie pour les opérations douloureuses et quelques rares accouchements spontanés, mais qu'il l'ait rejeté, *jusqu'à la fin de sa carrière*, et cela j'en suis certain, pour tous les accouchements naturels et même pour les opérations faciles, il suffisait de connaître le jugement droit et sûr de P. Dubois pour le prévoir.

P. Dubois n'eût jamais osé expérimenter le premier, le chloroforme, il n'eût point imaginé le cranio-clast, mais son sens pratique si ferme et si net eût repoussé l'acupressure, la théorie des hémorrhagies dans les placenta-prævia, la version dans les rétrécissements, le tire-tête à ventouse et enfin, l'*anesthésie dans les accouchements naturels*, excentricités discutables d'une belle intelligence, sans cesse travaillée par un besoin d'innovations toujours originales et saisissantes, mais non toujours heureuses et utiles.

Du reste, jamais dans une même carrière, deux hommes ne furent mieux organisés pour accroître leur valeur réciproque. Chacun avait tout ce qui manquait à l'autre.

P. Dubois eût parfait Simpson, comme Simpson eût complété P. Dubois. Ces fusions intellectuelles ne sont malheureusement pas réalisables. Les qualités s'excluent. Avec le tempérament de Simpson, le professeur de Paris n'eût plus été le sensé, le sagace, le temporisateur, le prudent et un peu timide et indécis P. Dubois. Le professeur d'Edimbourg tempéré par son collègue, amoindrissait le brillant, l'initiateur, l'inventif, le hardi et très-paradoxal Simpson.

Déjà du vivant de ces hommes éminents, la question de l'*anesthésie dans les accouchements naturels* avait été agitée. Le débat revient aujourd'hui, non plus entre ces deux esprits d'une valeur aussi grande que différente, mais entre leurs disciples, leurs héritiers, hélas ! très-collatéraux et à un degré trop éloigné.

L'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels, grâce aux préjugés et à l'ignorance des femmes en tout ce qui touche à la médecine, a pu prendre quelque place dans la clientèle, sans que la science ni l'enseignement eussent beaucoup à s'en préoccuper. Aujourd'hui, cette pratique a la prétention de conquérir un rang scientifique, notre devoir de praticien et de professeur est d'examiner ses titres avec conscience, sans nous préoccuper de ses parrains, sans autre mobile que de trouver la vérité, notre devoir professoral surtout est de rechercher si, après avoir démontré par la parole et par l'exemple public, les bienfaits de l'anesthésie dans les opérations obstétricales, nous devons, désormais, enseigner que, dans les accouchements naturels, le chloroforme a le droit de franchir l'alcôve discrète des accouchées pour entrer dans la pratique des accouchements, sous la responsabilité de l'enseignement donné par la Faculté de Paris.

Nous tenons à le dire. Aucune innovation ne nous effraie. En réclamant notre liberté d'appréciation et en restant respectueux envers toute véritable supériorité médicale, nous préférerons toujours (on l'a écrit en fondant ce journal) les faits sainement interprétés, les raisons et la raison à toutes les autorités.

Et d'abord pour nous, *réussite dans le monde* et *progrès dans la science* n'ont jamais été synonymes. Qu'on n'espère pas nous voir accorder nos suffrages à des moyens dont la clientèle seule aurait fait le succès.

C'est aux médecins à juger les pratiques médicales.

C'est aux accoucheurs à juger les pratiques obstétricales.

Tout autre, quels que soient son rang et sa position sociale, est incompétent.

Si les raisonnements et l'exposé des faits, en faveur du chloroforme dans la parturition naturelle, sont clairs et convaincants, nous allons ici même confesser nos erreurs. Notre conversion se fera au grand jour. Pour nous, un homme s'honore en avouant qu'il s'est trompé.

Avant d'aborder la question même, il convient de relever,

tout de suite, deux assertions absolument inexactes et qui ne peuvent point passer inaperçues; puis d'établir par des preuves notre compétence sur le sujet dont nous allons parler.

L'auteur d'un travail sur l'*anesthésie dans les accouchements naturels*, très-aimable et très-honorable confrère avec lequel nous avons toujours conservé de bons rapports (nous disons cela pour qu'il sache bien que cet article s'adresse à sa méthode et non à sa personne très-sympathique) cet auteur a écrit : « *que l'anesthésie obstétricale qui accomplissait des merveilles chez nos voisins d'outre-mer, on la laissait tomber sous l'indifférence du monde médical français.* »

Rien n'est plus éloigné du vrai, nous ignorons si c'est un Français qui a propagé cette contre-vérité, mais nous affirmons l'inexactitude du reproche.

Personne plus que nous tous, accoucheurs français, n'a fait emploi de l'*anesthésie obstétricale*. Celui qui écrit ces lignes a publié *le premier petit travail paru à Paris* sur les résultats de l'éthérisation dans les hôpitaux. Il n'a pas cessé, depuis l'introduction du chloroforme, de le donner, à la Clinique quand il suppléait P. Dubois, pendant les opérations douloureuses. Il l'a essayé contre l'éclampsie et a prolongé son action pendant plus *de deux heures*, dans *les céphalotripsies répétées*, à l'hôpital et dans la ville.

Mais cette *anesthésie* là était sérieuse, il y avait des médecins au pouls et à la compresse, les femmes ne se plaignaient pas, ne criaient pas, ne sentaient pas. Elles ne respiraient pas le chloroforme elles-mêmes. Ce n'était pas une plaisanterie.

Presque tous les accoucheurs français ont fait de même. Nous avons enseigné cela depuis nombre d'années. Et l'on ose dire que la méthode a été discréditée dans l'Ecole de Paris!

Si ce n'était point une erreur, ce serait presque une calomnie.

Ce que nous avons discrédité dans notre enseignement, c'est l'emploi du chloroforme *en dehors de la nécessité et de la science*. Non, nous ne professons pas à la Faculté de Paris la prétendue *demi-anesthésie*, nous la divulguons. P. Dubois et la société de chirurgie, pour ne pas parler des professeurs actuels, avaient quelques droits, peut-être, à juger une question qu'ils avaient

étudiée, en public, dans les hôpitaux ; or on admet, parmi les médecins, ces études là, comme presque équivalentes à celles de la clientèle.

Nous concluons donc que les praticiens français ont adopté le chloroforme depuis son apparition, qu'ils en ont largement fait usage dans les opérations et repoussé ce qu'ils ont appelé, à tort ou à raison, on en jugera, la parodie, le simulacre ou l'abus dans les accouchements qui se font seuls.

Voilà la vérité vraie sur ce point.

C'est encore dans leur imagination que les partisans du chloroforme, *dans les accouchements naturels*, ont trouvé de la part des écrivains du *Dictionnaire encyclopédique* «*une mauvaise disposition*» à l'endroit de l'anesthésie appliquée à ces sortes d'accouchements.

Et pourquoi serions-nous « *mal disposés* » si la méthode est bonne ? Nous ne pouvons laisser passer une pareille imputation sans réponse.

Il faudrait que nous fussions ou par trop pusillanimes (et des anesthésies *vraies* de deux heures prouvent que nous ne le sommes point), ou triplement imbéciles, pour être «*mal disposés*» envers une pratique qui aurait les trois avantages : 1° de soulager la souffrance sans danger ; 2° de rendre hommage à la vérité et elle finit toujours par prévaloir ; 3° de servir largement nos intérêts, car tous les médecins savent qu'en caressant les préjugés des femmes et des familles ignorantes sur ces questions, on n'a besoin ni de position scientifique péniblement acquise par les concours, ni de travaux, ni d'enseignement épuisant, pour arriver au succès et atteindre rapidement, sinon un rang scientifique, au moins une position de praticien. Accoucher avec le chloroforme est pour les femmes synonyme de *sans douleur*.

Or, accoucher *sans douleur*, c'est le rêve !

En accouchement aujourd'hui, le bien ne vient plus en dormant, mais en promettant de faire dormir les autres (1).

(1) Désigné, il y a sept à huit ans, par un financier de Paris dont j'avais ac-

Croirait-on, par hasard, qu'un seul accoucheur ignore tout cela?

Mais qui de nous n'a accouché des femmes désillusionnées du chloroforme.

Ce sont des femmes intelligentes que nous retrouverons dans le cours de ce travail. Nous ne pouvions donc pas nous montrer « *mal disposé.* » Nous avons recherché la vérité. Elle ne s'est pas trouvée en faveur de la méthode. Nous l'avons dit. On verra bientôt de quel côté est l'erreur.

Voila donc déjà deux assertions préliminaires démontrées inexactes.

Arrivons au fond du procès.

COMMENT LES ACCOUCHEURS ANESTHÉSISTES ADMINISTRENT-ILS LE CHLOROFORME ?

QUAND LE DONNENT-ILS?

QUELS SONT LES RÉSULTATS QU'ILS OBTIENNENT EN LE DONNANT COMME ILS LE FONT?

Telles sont les trois questions dont la solution nous apprendra si nous devons enseigner aux jeunes médecins à provoquer l'anesthésie dans les accouchements naturels, ou si nous devons continuer, comme nous l'avons fait jusqu'ici, à leur démontrer tout ce qu'a d'illusoire la prétendue *demi-anesthésie.*

Nous prévenons une fois pour toutes nos lecteurs de notre volonté résolue à emprunter *textuellement, loyalement, sans rien tronquer*, nos citations au travail qui paraît résumer les doc-

---

couché la femme plusieurs fois, je fus appelé chez une dame du grand monde. En arrivant chez ma nouvelle cliente, elle me déclara, d'un ton net, qu'elle entendait être accouchée au chloroforme et sans observations.

Je lui répondis poliment, d'un ton non moins net, que.... je ne demandais pas mieux. Seulement, ajoutai-je, vous, madame, et monsieur votre mari qui approuve, vous prendrez tous deux la responsabilité de l'accouchement. Je le ferai comme vous le désirez, mais je ne me déclare jamais responsable que des moyens prescrits et appliqués par moi.

Bien entendu, on choisit un autre accoucheur.

En consentant à jouer la comédie du chloroforme, et elle m'était connue depuis longtemps, un succès de plus serait venu s'ajouter à la *demi-anesthésie dans les accouchements naturels.* Quelques-uns diront que je suis un sot. Je n'y contredis pas, et j'espère mourir dans l'impénitence finale.

trines des partisans du chloroforme dans les accouchements naturels (1). En certains cas, citer est juger. Or, il est de ces assertions tellement extraordinaires, qu'on pourrait croire, de notre part à une sorte de mystification tout à fait éloignée de notre pensée.

COMMENT LES ANESTHÉSISTES DONNENT-ILS LE CHLOROFORME ?

Les simples praticiens comme nous, ont l'habitude de s'entourer de toutes les précautions indiquées aujourd'hui par l'expérience.

Le cœur, les voies respiratoires examinés, les aides sont distribués, le sujet est *sans cesse* surveillé par *plusieurs médecins;* l'un manie le mouchoir ou la compresse, un autre observe le pouls, un troisième est aux ordres de l'accoucheur, etc.

L'accoucheur anesthésiste, lui, est *tout seul.* « *Il refuse bien l'emploi du chloroforme quand il y voit le moindre inconvénient,* » mais il verse le médicament sur un mouchoir ou dans un flacon et dans certains moments la femme le respire elle-même. *Jamais il n'est question de médecins assistants.* On verra plus tard pourquoi, en effet, ils seraient inutiles.

De façon que, pendant un temps donné, l'accoucheur surveillera à la fois le mouchoir, le chloroforme, le pouls, la face, la respiration, le périnée de la mère et l'enfant.

Pour un homme seul, on avouera que c'est beaucoup.

En présence de cette impossibilité, l'aveu échappe bientôt par une contradiction :

« *Des yeux j'étudie* SANS CESSE *l'expression du* facies *et le rhythme de la respiration.* » Et plus bas :

« *Effets de l'anesthésie sur le périnée.*

« *Dans ces conditions* ON VOIT *cette région s'assouplir*, *et* PAR LA « VUE *on juge de l'imminence en tel ou tel point, etc.* »

---

(1) D'ailleurs, l'exposé de la doctrine se trouve dans le *Journal de Thérapeutique,* numéros du 10 et 25 février 1874. Notre article, écrit depuis plusieurs mois, n'a pu paraître plus tôt, en raison des nombreux travaux envoyés aux ANNALES par nos amis et chers collaborateurs.

Comment l'accoucheur peut-il voir tout cela en étudiant SANS CESSE l'expression du facies ?

Les accoucheurs à chloroforme sont mieux inspirés quand ils disent :

« *Nous tenons absolument à ce que la femme ne tourne pas le dos à l'accoucheur, comme le veulent faire les Anglaises et quelques Américaines.* OUTRE QUE NOUS N'AVONS PLUS LEUR FACIES SOUS LES YEUX........! »

Dans cette situation, évidemment, ici nous ne contesterons rien. Le facies n'est pas ce que voit l'accoucheur.

Dans le commencement, ils donnent le chloroforme à petites doses. Nous en verrons les effets en traitant des résultats. « SI L'INSENSIBILITÉ DEVENANT PLUS PROFONDE, » c'est-à-dire devenant réelle, car auparavant « *la femme entendait et obéissait...*, on suspendrait l'anesthésie, » ce qui est une équivoque ici, car cela ne veut pas dire qu'on enlèverait le mouchoir, pour le reprendre au moindre signe de sensibilité, comme nous le faisons. On verra bientôt que si, par hasard, et contre la volonté de l'accoucheur, « *l'insensibilité survient vite* » chez un sujet impressionnable, on a dépassé le but, et il faut se hâter de faire cesser cet état.

Ce n'est pas tout; les inhalations de chloroforme sont coupées de temps en temps pour prendre du potage et du vin !

Et avec ces procédés d'une « *anesthésie rationnelle*, » il faut s'attendre de la part des accouchées, « *à côté de nombreuses* « *expressions de gratitude et de joie, à quelques reproches aussi d'une* « *trop grande réserve.* »

Et nous, sans chloroforme, nous recueillons toujours des expressions de joie et de gratitude, sans reproches d'aucune spèce, et cela ne nous rend pas plus fiers.

P. Dubois racontait que dans toute sa carrière il n'avait trouvé qu'une seule femme, à l'hôpital, qui, non-seulement ne l'eût pas remercié vivement, mais l'eût injurié, après un accouchement difficile. L'auteur de cet article était présent. On voit par là que l'anesthésie n'est pas indispensable à ces manifestations.

D'ailleurs « *les expressions de gratitude ou de joie* » ne prouvent absolument rien.

En terminant tous les accouchements par une application de forceps *inutile,* on peut se faire accabler d'expressions de gratitude et de joie pour la faute qu'on a commise.

Ceci prouve qu'il ne suffit pas de prendre de l'âge pour acquérir de l'expérience. Il faut observer, apprécier sainement les faits tout en vieillissant.

Madame Lachapelle l'a dit excellemment ; « Ne sont-ce pas « les mêmes personnes qui croient tout vous devoir dans l'ac- « couchement le plus simple et le plus prompt, et qui semblent « vous imputer les difficultés d'un accouchement laborieux qui « a exigé tout votre sang-froid et toute votre habileté ? »

Voilà de l'observation juste et sagace. Elle ne se méprenait pas, cette femme éminente, sur le prix des expressions de gratitude et de joie des accouchées et de leur entourage.

Pour nous, comme pour tous les accoucheurs vieillis dans la profession, il y a de la puérilité naïve à attacher de la valeur à des congratulations prodiguées, même à une erreur réussie.

Belle affaire d'être félicité par des gens qui n'y entendent rien!

Il y a pourtant aussi avec la *prétendue demi-anesthésie* quelques mécomptes. Certaines familles sensées, comptant des hommes instruits et des femmes spirituelles, ne se prennent pas à ces semblants : « *Quoique toutes les femmes se soient montrées enchantées et reconnaissantes, un nombre très-restreint d'entre elles m'ont dit avoir éprouvé un certain désappointement.* »

Le nombre des femmes intelligentes étant au nombre général des femmes ce que la quantité d'hommes d'esprit est à la quantité générale des hommes, il n'est pas très-extraordinaire *qu'un nombre restreint* de femmes ait témoigné un certain désappointement après la *demi-insensibilité.*

Voilà le vrai mot de la *pseudo-anesthésie.*

D'ailleurs, tous les vieux accoucheurs savent combien les accouchements sont différents sous le double rapport de la durée et de la douleur, et combien de femmes aussi, sans chloroforme, ont témoigné le bonheur qu'elles éprouvaient à souffrir peu et

peu longtemps. L'expérience comparative des accouchées n'a donc aucune espèce de signification. La même femme, dont le premier accouchement a été long et douloureux, souffre à peine dans ceux qui suivent. Une autre accouchée souffre beaucoup et longtemps dans trois ou quatre accouchements successifs. Une autre encore souffre beaucoup et longtemps pour le premier, à peine quelques heures et d'une façon très-supportable pour les deux ou trois suivants, et le quatrième ou le cinquième ou le dixième peuvent se montrer douloureux et prolongés.

Que devient l'expérience personnelle des femmes incapables d'apprécier les raisons multiples de ces différences? Inaptes à saisir les causes, elles jugent l'effet. Combien d'hommes sont femmes en ce point !

Comment ne s'y tromperaient-elles pas quand des accoucheurs s'y trompent eux-mêmes?

Nous eûmes, il y a une dizaine d'années, l'occasion, pour la première fois, d'accoucher de son second enfant une dame américaine, assistée à Paris dans sa première couche par un praticien à chloroforme. Quand les douleurs devinrent vives, cette dame me demanda si je ne pourrais pas l'endormir. Je m'informai de la pratique suivie par mon prédécesseur et elle m'apprit qu'on avait versé quelques gouttes de chloroforme sur un mouchoir et *qu'elle le respirait elle-même.*

Je versai quelques gouttes du médicament, comme le désirait la patiente, et elle en respira jusqu'à la fin, sans cesser de jeter des cris perçants pendant chaque contraction. Lui faisant observer que cela ne paraissait pas la soulager beaucoup, puisqu'elle criait de plus en plus fort, je lui demandai si c'était bien ainsi que l'on avait fait avant moi. — Oui, et sans cela, ajouta-t-elle, je crierais bien davantage. J'avouerai franchement que cele me paraissait impossible.

Après l'accouchement, cette dame me confia cependant que mon chloroforme était bien supérieur à celui de son premier accoucheur, car, cette fois, elle avait souffert beaucoup moins et pas aussi longtemps!

On eut beau lui dire que c'était un second enfant. Rien n'y fit. Je l'assistai deux autres fois. Pendant son troisième accou-

chement elle respira dans un flacon avec le même succès. Mais dans le quatrième, elle faillit mourir d'hémorrhagie, et le chloroforme fut oublié.

Voilà ce que les femmes appellent accoucher au chloroforme.

Faites donc avouer à un homme ou à une femme du monde qu'ils n'ont point été guéris par l'homœopathe, la somnambule, les médailles ou les eaux à miracles!

Ainsi, il faut laisser de côté, comme arguments de nulle valeur, les félicitations, les approbations, les congratulations, la joie et la gratitude des accouchées et des familles.

Deux approbations seules ont du prix pour l'accoucheur : ses maîtres félicitant leur élève, et sa conscience applaudissant sa conduite.

En résumé, il est prouvé, de leur aveu, que sauf l'examen général des femmes et leur consentement, les accoucheurs à chloroforme ne prennent aucune des précautions indispensables sanctionnées aujourd'hui par l'expérience. *Ils n'ont point d'aides* et veillent à la fois, on l'a vu, à l'anesthésie et à l'accouchement! Jamais nous ne nous permettrions pareille imprudence dans nos opérations. L'anesthésie que nous provoquons est, il est vrai, *réelle*, on va voir comment la leur étant *chimérique* et, par conséquent, sans aucun danger, ils peuvent négliger impunément toutes les mesures de prudence.

Nous terminerons donc l'examen de cette première question sur le mode d'administration en disant aux accoucheurs à chloroforme :

Vous ne sortirez pas de ce dilemme : Ou bien l'*anesthésie* est réelle, et vous l'obtenez *sans aides* et sans les précautions impérieusement commandées par l'expérience.

Vous êtes des imprudents et des coupables.

Ou bien avec votre prétendue *demi* ou plutôt *pseudo-anesthésie*, les femmes voient, entendent, raisonnent, se plaignent, crient, poussent quand on les sollicite, et alors vous pouvez vous passer d'aides, vous n'êtes pas dangereux. Mais ce n'est plus de l'anesthésie. C'est de l'homœopathie.

Vous n'êtes pas sérieux.

L'étude des deux autres questions va démontrer laquelle de

ces deux propositions vous est applicable. C'est vous-mêmes qui prononcerez.

2° QUAND LES ANESTHÉSISTES DONNENT-ILS LE CHLOROFORME?

La période douloureuse du travail pouvant varier de une à quarante-huit heures et plus, donner le chloroforme pendant un pareil temps, il n'y fallait pas songer. Aussi les prôneurs de la *demi-anesthésie* déclarent ne consentir à l'employer *que dans la période d'expulsion.* »

Or, la période d'*expulsion* étant, dans les accouchements naturels, chez les primipares, comme 1 est à 3 ou 4; chez les multipares, comme 1 est à 5 ou 6 et même parfois 1 à 9 ou 10; voilà déjà la période *demi-anesthésique* singulièrement réduite.

Il est vrai que le premier tiers du temps de la *dilatation* est accompagné de douleurs faibles, mais on reste véritablement stupéfait quand on entend les accoucheurs à chloroforme déclarer la période de dilatation « *être généralement bien supportée par les femmes.* »

Pour la seconde moitié de la *dilatation*, cette proposition est contraire à l'observation de tous les temps et de tous les classiques; c'est vers l'achèvement de la *dilatation* qu'on est témoin de ces profonds découragements, de la production de ces idées funèbres auxquelles viennent se joindre l'état nauséeux, les vomissements souvent, et ce malaise inexprimable causé par des douleurs d'un caractère tellement irritant, agaçant, que tout le moral et l'intellect en sont ébranlés. Pas une femme un peu intelligente qui ne le dise.

En vérité, on se demanderait à quelle école ont observé ces accoucheurs, si quelques pages plus loin, il ne se contredisaient eux-mêmes de façon à dérouter complètement quiconque veut rechercher leur opinion précise à ce sujet.

Qu'on en juge. Voici les deux passages textuels :

« *Or, comme dans la très-grande majorité des cas, cette phase est très-bien supportée par les femmes,* » puis plus loin : « *Dès que l'orifice utérin est franchi, la femme sent, même dans l'accouchement non soulagé, une douleur moindre.* »

Cette dernière proposition exprime mal la vérité, mais au moins elle en exprime une partie. La douleur n'est pas moindre, elle a un autre caractère, moins insupportable. Le caractère n'est pas l'intensité.

Les douleurs de la sortie vulvaire ne sont pas moindres certes que celles de la dilatation, mais, quoique très-vives, elles affectent les organes de perception d'une façon différente et si l'on pouvait et si l'on devait faire usage de l'*anesthésie vraie* dans les périodes de l'accouchement les plus pénibles à supporter, ce serait pendant l'achèvement de la dilatation et la traversée des deux orifices utérin et vaginal qu'il faudrait l'employer.

Si, comme on l'a fait, en partie, dans les commencements de l'application du *chloroforme aux accouchements naturels*, on se contentait d'employer l'*anesthésie vraie* pendant l'achèvement de la dilatation et ensuite dans la dernière heure de l'accouchement, cette dangereuse pratique pourrait, à la rigueur, se défendre. Ses inconvénients et ses dangers sont très-sérieux, sans doute, mais on aurait l'excuse d'épargner aux femmes les deux phases les plus intolérables, quoique différemment douloureuses, de l'accouchement naturel.

Les dangers seraient ceux de la *véritable* anesthésie d'abord. Les inconvénients très-sérieux aussi, pour le dernier temps de l'expulsion, seraient de priver la mère des conseils si nécessaires de l'accoucheur dans un moment où le périnée et la vie de l'enfant peuvent être rapidement compromis.

Ces considérations graves nous ont fait rejeter la *véritable anesthésie*, même dans ces deux temps de l'accouchement, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles, comme il s'en peut rencontrer; nous voulons dire, par exemple, ces contractions atrocement douloureuses, et sans influence sur la marche du travail, etc. Mais, qu'on le remarque, ce ne sont déjà plus des accouchements *naturels*, bien qu'ils puissent être *spontanés*. A part ces cas, nous avons jusqu'ici repoussé l'*anesthésie vraie*, *à fortiori*, la *pseudo-anesthésie*, si ce n'est comme moyen de faire patienter les femmes, mais alors il faut le dire résolument.

Nous restons de l'avis de P. Dubois, car c'est encore une er-

reur qu'il faut relever, d'avancer que le célèbre professeur « *est revenu de sa prévention.* »

Nous avons eu l'honneur d'être le collaborateur de P. Dubois dans les dernières années de sa carrière, et notre maître était trop honnête homme pour ne pas appliquer aux pauvres femmes de l'hôpital une pratique qu'il eût considérée comme un bienfait pour les grandes dames de la ville.

P. Dubois a pu, dans une consultation, ne pas vouloir froisser un jeune confrère anesthésique; ses manières dignes et courtoises rendent le fait très-vraisemblable. *Il ne donnait pas le chloroforme dans les accouchements naturels.* D'ailleurs, il ne faisait pas, lui, de *la demi-anesthésie*, mais de l'anesthésie tout entière, quand il en faisait. En usant dans les cas où elle était indiquée, il l'employait, comme nous le faisons, toujours avec une certaine appréhension, même pour les opérations obstétricales. Combien de fois lui avons-nous vu appliquer le forceps dans des circonstances ordinaires, sans vouloir d'anesthésie! Ces premiers essais à la Maternité n'étaient pas les seules raisóns de sa réserve, car, vraiment, le défenseur de la *demi-anesthésie* est tout à fait mal renseigné sur P. Dubois, dont il a été le chef de clinique pendant deux ans.

Nous avons suivi ses leçons pendant dix-huit ans, nous, et, nous l'avons remplacé pendant près de trois ans!

Notre honorable confrère paraît ignorer un des plus graves motifs de la prévention bien justifiée de P. Dubois contre l'*anesthésie vraie*, prévention qui a duré jusqu'à la fin de sa vie scientifique.

Des assistants de la scène émouvante qui fut surtout la cause de son incessante méfiance dans l'emploi du chloroforme, il n'y a plus qu'un seul survivant.

Quelques membres de la famille de mon vénéré maître auront sans doute entendu parler de ce fait. Ils n'y assistaient point. Le seul présent était son neveu, Adolphe Richard, mon collègue d'agrégation, cette vive intelligence obscurcie et enlevée avant l'âge, ce dernier fils d'une des gloires de notre école.

P. Dubois avait, dans sa maison de l'ancienne rue Voltaire,

une vieille domestique qui avait servi son père. Cette bonne femme était atteinte d'un cancer du sein, limité, sans ganglions, et jugé opérable.

P. Dubois, cédant à ses sollicitations, résolut de l'en débarrasser; il nous pria, Adolphe Richard et moi, de lui servir d'aides.

Richard donna le chloroforme : je tenais le pouls; la vieille femme fut promptement endormie. L'opération, simple, était presque terminée quand, tout à coup, le pouls tomba. Malgré l'enlèvement rapide de la compresse, un instant après, l'opérée ne respirait plus. Elle était morte : nous le crûmes tous. L'air extérieur, la tête basse, les frictions, furent employés rapidement. Enfin, après cinq minutes, et elles parurent longues, un soupir de l'opérée fit cesser notre affreuse anxiété. Sans avoir perdu le sang-froid, nous étions effroyablement émus et pâles tous les trois; et, jusqu'à la fin de sa vie active, P. Dubois n'oublia pas ce fait. Jamais il n'aurait donné le chloroforme *sans nécessité et sans aides*.

Résumons. En prescrivant le chloroforme, seulement pendant la période d'*expulsion*, on le donne inutilement pour les deux premiers tiers de cette période, sa terminaison *seule* étant particulièrement douloureuse.

En ne le donnant pas dans les dernières heures de la *dilatation* de l'orifice utérin (or, mis à part ses dangers propres, l'anesthésie aurait alors peu d'inconvénients au point de vue obstétrical), on laisse subir aux femmes un des temps les plus mal supportés de l'accouchement.

En le donnant pendant la dilatation vulvaire et l'expulsion, périodes durant lesquelles l'entente de l'accoucheur et de la patiente est nécessaire pour sauvegarder la femme et l'enfant, on se prive d'un des éléments de succès les plus précieux : la possibilité de diriger les efforts volontaires de la mère, *en supposant l'anesthésie réelle*.

Il est juste d'ajouter qu'entre les mains des *demi-anesthésistes* cette entente persiste, l'insensibilité n'étant qu'une simple apparence et une affirmation chimérique, comme ils le démontreront eux-mêmes à propos de la troisième question.

D'où nous sommes en droit de conclure :

Pendant les *deux tiers* du temps de l'accouchement, parfois les *trois quarts* ou les *quatre cinquièmes*, les douleurs ne sont point supprimées ou mitigées ; elles le sont (on verra bientôt comment) dans la première moitié de l'*expulsion*, où cela est inutile, car les femmes reprennent alors généralement la force et le courage, le caractère des douleurs les rendant plus supportables.

Enfin, si la douleur était supprimée pendant le dégagement par une *véritable anesthésie*, l'impossibilité de la direction des forces utérines et des efforts volontaires créerait à l'enfant, à la mère et à l'accoucheur, une position dangereuse pour les uns et difficile pour l'autre.

Nous allons faire comprendre, par l'examen de la troisième question, pourquoi ces dernières conditions ne se réalisent pas, en nous appuyant toujours sur les aveux mêmes des défenseurs du demi-chloroforme.

3° QUELS SONT LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LE CHLOROFORME, DONNÉ COMME IL L'EST, DANS LES ACCOUCHEMENTS NATURELS?

Le résultat est d'obtenir une *demi-anesthésie*, et non pas (ainsi que nos adversaires s'en défendent fort) l'anesthésie chirurgicale, c'est-à-dire l'*insensibilité à la douleur*.

Alors, à quels caractères reconnaître cette *demi-anesthésie?* La femme sent-elle? Oui ou non.

A-t-elle conscience de ce qui se passe? Oui ou non. Entend-elle, voit-elle, comprend-elle, obéit-elle?

Si elle n'a pas conscience de son état, si elle n'entend pas, si elle ne voit pas, si elle ne comprend pas, si elle n'obéit pas, si, quand la douleur survient, elle ne la sent pas, si elle ne se plaint pas, à coup sûr l'anesthésie est *réelle;* mais qui oserait dire qu'elle n'est pas dangereuse? Et l'accoucheur est seul!

Pour reconnaître l'anesthésie, nous autres accoucheurs vulgaires, nous pinçons la peau fortement. Si la malade se plaint, on redouble le chloroforme, et quand, à la même épreuve, la patiente ne fait entendre ni un cri ni une plainte, nous disons

L'insensibilité existe. C'est l'évidence même, la certitude scientifique.

Les anesthésistes, eux, disent : « *Il y a un bruissement dans les oreilles qui existe dans* PRESQUE *tous les cas et qui, lorsqu'il existe,* NOUS SEMBLE *indiquer que l'on arrive à la demi-insensibilité.* »

Ainsi, voilà le caractère précis et scientifique. On demande à la femme : « Avez-vous du bruit dans les oreilles? — Non, monsieur. — Alors vous n'êtes pas demi-insensible. Et à présent? — Oui, monsieur. — Bon, vous voilà dans la demi-insensibilité. Restons-en là. » Ce qui rappelle involontairement le fameux dialogue : « Êtes-vous sourd-muet? — Oui, monsieur. — Très-bien. »

Et nous ajouterons avec une conviction entière, partagée, nous le croyons, par tout esprit impartial et sensé :

Si la femme voit, sent, entend, parle, obéit, crie, la situation n'est certes pas dangereuse; mais est-ce de l'*anesthésie*, de *la demi-anesthésie*, du *quart d'anesthésie*? Nous répondrons : Ce n'est pas de l'anesthésie du tout, ou c'est de l'anesthésie à la trentième dilution, ce qui est la même chose.

Voyons si la suite infirmera cette proposition :

« *S'il survient un léger stertor et que le pincement de la peau ne soit plus du tout ou à peine senti, si la patiente enfin n'obéit plus à la voix qui la sollicite, soit à pousser, soit à retenir ses efforts.* »

Nous ajouterions, nous : On s'efforce de maintenir le sujet dans cet état anesthésique, et, dès qu'il cesse, on reprend le mouchoir pour que la femme demeure insensible jusqu'à la fin de l'accouchement. C'est ainsi que nous faisons dans les opérations.

Mais les accoucheurs à chloroforme, eux, « *interrompent et font cesser cet état. Ils laissent les efforts volontaires résumer* (?) *leur caractère habituel.* » Nous présumons que cela veut dire qu'ils laissent recommencer les douleurs, et ils en profitent pour faire accepter à la patiente « *quelque aliment liquide ou du vin.* »

Dans la période d'expulsion, des aliments et du vin !

Voilà une pratique à laquelle il faudrait ajouter ceci : ce qui cause aux femmes des régurgitations, des aigreurs ou des vomissements.

Ainsi l'aveu leur échappe. Dès que l'*insensibilité à la douleur* se manifeste, dès que, *par hasard*, l'anesthésie arrive à être *vraie*, ils la font cesser. Quelle confession ! Mais nous allons les voir maintenant bien plus naïfs et plus inconscients encore.

Un simple praticien, comme nous, sachant que les femmes, en immense majorité, souffrent en accouchant et crient quand elles souffrent, dirait, en présence d'une femme en travail qui ne crie pas : « Cette femme ne souffre pas. » La conclusion pourrait être vraie; mais elle ne serait pas tout à fait rigoureuse.

Que dire alors de celle-ci ?

« *Signification trompeuse des cris de la patiente. Il ne faut pas s'en tenir aux cris et à l'expression de la douleur, chez la femme qui accouche, pour juger sûrement de l'opportunité d'augmenter la dose de chloroforme. On ne doit pas oublier, en effet, que* LES PLAINTES SONT PARFOIS PLUS BRUYANTES *pendant la demi-anesthésie que pendant le réveil complet.* »

Ici, l'originalité ne le cède qu'à l'inattendu.

Ainsi les femmes, dans la *prétendue demi-anesthésie,* crient tout autant que les autres *et même davantage* (1), et c'est la preuve qu'on nous donne qu'elles ne souffrent pas ou souffrent moins. La logique qui le croit, égale la logique qui le dit.

Et l'explication, la voici. Elle est extraordinaire ; mais nous nous sommes engagé à citer textuellement :

« *La femme éveillée adapte, à peu près toujours l'expression de sa souffrance à l'intensité de la douleur réellement sentie, tandis que, pendant le demi-sommeil anesthésique,* BIEN QUE LA SOUFFRANCE SOIT ÉVIDEMMENT ATTÉNUÉE, *le contrôle de la raison ne domine plus l'instinct, qui prend ses allures franches et exagérées.* »

« *Bien que la souffrance soit évidemment atténuée* » est un chef-d'œuvre !

Jusqu'ici l'instinct pur, sans l'influence de la raison, avait généralement semblé devoir traduire fidèlement et naïvement la sensation éprouvée. Seules, la faiblesse ou l'énergie de la

(1) Chez certains sujets, l'excitation produite par une petite quantité de chloroforme peut, en effet exalter la sensibilité. L'opium, l'alcool, à doses faibles, démontrent cette vérité.

raison et de la volonté paraissaient capables d'en atténuer ou d'en exagérer l'expression.

Les anesthésistes, pour les besoins de leur cause, ont changé tout cela.

Mais alors si la raison a disparu, comment la femme peut-elle obéir, pousser, retenir ses efforts, aux ordres de l'accoucheur?

Et si elle pousse, si elle se retient, si elle obéit, que devient l'instinct seul?

Perd-elle donc, en même temps, la raison pour crier et la conserve-t-elle pour obéir?

Quel aveuglement dans cet amas de contradictions indéniables!

Le gros bon sens, d'accord ici avec l'expérience et l'observation, dirait : elle crie moins parce qu'elle souffre moins; elle crie plus, parce qu'elle souffre davantage et il n'y aurait pas besoin de torturer le sens commun.

« *Et la preuve de ceci, ajoutent-ils, c'est que si on laisse revenir à elles ces femmes bruyantes* » (précaution inutile, elles sont toujours à elles, puisqu'elles crient, poussent, obéissent et respirent le chloroforme pendant que l'accoucheur veille à l'enfant et au périnée) « *Tantôt elles ne se souviennent ni d'avoir souffert, ni d'avoir crié,* » leur mémoire a été atteinte alors plus que leur sensibilité, « *tantôt elles disent avoir moins souffert étant sous l'influence du chloroforme,* » qui leur permettait de crier et même plus fort qu'auparavant, ce n'est pas nous qui l'avons dit!

Il était nécessaire de mettre sous les yeux de nos lecteurs ce morceau de haute fantaisie pour ne pas être accusé, tout à l'heure, d'une trop grande sévérité dans nos conclusions et pour faire voir à tout homme raisonnable à quel degré d'illusion peuvent arriver d'honorables médecins, grisés par le succès et par l'approbation des gens incompétents. Qu'on ne nous oppose pas Nélaton, qui, de son aveu, n'entendait rien aux accouchements, tout chirurgien éminent qu'il était.

Quant à la prétendue « *tolérance spéciale des femmes grosses*

pour l'anesthésie » c'est une pure hypothèse, ne s'appuyant sur rien. Ce ne sont pas ces observations de simulacre d'anesthésie et de prétendue demi-insensibilité, avec plaintes et avec cris, qui peuvent prouver quoi que ce soit à cet égard.

Si l'on faisait, *tous les jours* et partout, des céphalotripsies répétées avec une heure et demie à deux heures d'anesthésie *vraie et complète* comme nous en avons pratiquées, ou des opérations obstétricales, même beaucoup moins longues, avec anesthésie *vraie*, comme on fait, tous les jours et partout, des opérations chirurgicales, on pourrait, au bout de quelques années, poser des conclusions ; mais en obstétrique, les cas graves sont rares par rapport au nombre d'accouchements. Or un million de faits, semblables à ceux que l'on cite, ne démontreraient absolument rien. Pas un médecin sérieux ne les accepterait comme probants.

Au nombre des résultats de la demi-anesthésie, ses prôneurs signalent encore à grand bruit, *qu'ils ne produisent pas d'accidents.*

Pour nous, se montrer surpris d'une innocuité exceptionnelle de la *prétendue demi-insensibilité*, c'est renouveler la naïveté d'un médecin, étonné de n'avoir jamais vu ni maladie mortelle causée par les pilules de mie de pain, ni un empoisonnement par les globules.

Les feuilles politiques et littéraires peuvent s'extasier devant de pareilles facéties, mais les accoucheurs qui savent leur métier jugent ces prodiges à leur valeur.

Être émerveillé de l'absence d'accidents entre les mains des accoucheurs à chloroforme, c'est rester confondu de ne point être ivre-mort en buvant de l'eau rougie.

Si les chirurgiens avaient toujours fait ainsi, eux non plus, n'auraient jamais eu de mort à déplorer, mais l'anesthésie serait alors comme si elle n'était pas. Restée dérisoire, elle n'eût certes tué personne, elle n'eût pas non plus conquis sa place, désormais éternelle, dans les opérations de chirurgie et d'obstétrique.

En un mot, *la prétendue demi-anesthésie* ne repose *sur rien autre chose qu'une équivoque*. Les femmes et les familles croient,

sur la promesse du médecin, qu'on va appliquer à l'accouchement la méthode bienfaisante qui permet une amputation sans souffrance ; la patiente continue à se plaindre et à crier jusqu'à la fin, on lui fait entendre que cela doit se passer ainsi, — elle le croit, — plus ou moins, — sauf « *quelques-unes qui témoignent un certain désappointement.* » Ce sont les intelligentes.

Et tout cela, ce n'est pas nous qui le disons. Nous le savions depuis longtemps. L'exposé de la méthode nous le rappelle à chaque page.

Quel médecin ignore ce que je vais dire : *patiente* et *patience* seront toujours deux termes difficilement conciliables. Recommandée à l'être souffrant par ses proches, la patience, facile à conseiller, devient rapidement une banalité irritante ; venant du médecin elle ressemble presque à une dérision ; aussi le remède, même inutile, qui laisse entrevoir l'espérance trompeuse d'un soulagement, sera-t-il toujours avidement accueilli par la douleur. La raison d'être des docteurs noir, zouave, somnambules, eaux à miracles, est là.

Telle est, selon nous, l'explication psychologique du succès de ces pratiques vaines. Gagner du temps, voilà leur seul résultat. A ce compte, elles ne sont pas toutes à mépriser, sans doute, à la condition de ne se point méprendre sur leur signification et sur l'interprétation de leurs effets véritables (1).

---

(1) J'accouchai, il y a une quinzaine d'années, une primipare, petite-fille d'une douairière de 75 ans.

Cette dame âgée, femme à grands airs, aussi noble que sèche et aussi sèche qu'impertinente, fait rare, car les vieilles familles sont, en général, d'une grande politesse avec nous autres, croquants, vilains, mais utiles. Cette respectable personne assistait à l'accouchement.

L'expulsion avait marché très-lentement, à travers un vagin étroit et rigide, le périnée et la vulve résistaient. Les contractions bonnes, mais espacées, décourageaient un peu la jeune dame.

Mon cher (c'était la première fois qu'elle me voyait), me dit la douairière, une de mes amies possède une médaille bénie pour faire accoucher toutes les femmes, voulez-vous que je l'aille chercher. — Comment donc, madame, lui répondis-je avec déférence, mais trop heureux de ce secours inespéré. La voiture partit et une demi-heure après, dès qu'on annonça le retour de la noble aïeule, je fis avaler à la jeune femme 25 centigrammes d'ergot préparés d'avance.

La médaille fut placée sur la poitrine de la patiente et vingt minutes après l'accouchement était terminé.

Pendant une heure, la douarière nous étourdit de la soudaineté de ce mi-

Que les femmes croient accoucher au chloroforme, incapables qu'elles sont, dans leur ignorance, de savoir si la pratique de la *demi-anesthésie*, cette apparence, a quelque chose de commun avec l'*anesthésie chloroformique*, cette réalité... soit.

Sachant, comme tout le monde, qu'on peut impunément avec le chloroforme fouiller les chairs vivantes sans provoquer de souffrance, que les femmes s'imaginent, elles aussi, échapper, grâce au secours qu'on leur promet, à cette terrible et inévitable épreuve d'un acte fonctionnel, dangereusement douloureux; à cette épreuve, pour les primipares, l'inconnu; pour les autres, un souvenir redoutable. Que les femmes croient tout cela, la désillusion viendra toujours assez vite. Mais si des médecins le croient, et s'ils ont la prétention de le faire accroire aux autres, alors ils sont les dupes de leurs succès. Les explications des anesthésistes sont bonnes pour les accouchées, mais non pour les accoucheurs. L'exposé de la doctrine des *semi-anesthésistes* prouve, en même temps, la naïveté de leur bonne foi et l'incurabilité de leurs illusions.

Ces théories là auront encore, peut-être, longtemps leur place au lit de travail, mais jamais dans les hôpitaux ni dans les amphithéâtres. Cela ne touche ni l'art, ni la science.

Voilà ce qu'on lit dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article : *Anesthésie obstétricale*.

« Surtout conseillé par le professeur Simpson (d'Édimbourg), « l'emploi du chloroforme, dans les accouchements naturels et « réguliers, a rencontré en France une grande opposition. Les « publications des docteurs Atthill (de Dublin), Krieger (de « Berlin), Scanzoni, semblent démontrer qu'en Irlande et en « Allemagne les opposants n'y sont pas moins nombreux.

« Pour notre part, nous ne conseillons pas d'employer le « chloroforme dans les accouchements naturels, si ce n'est peut-« être à la fin de l'expulsion, chez ces quelques femmes excep-« tionnelles, complètement déraisonnables, sourdes à toute ex-« hortation, voulant se lever, poussant des cris horribles et me-

racle, et, la tête sous le couteau, elle eût proclamé les vertus du talisman. Il a dû beaucoup servir depuis. Peut-être pas toujours avec un succès aussi prodigieux.

« naçant de compromettre, par leur indocilité, la vie de l'enfant « qui va naître. A part ces cas, il nous est impossible d'accepter « complètement les idées de notre éminent collègue d'Édim« bourg.

« Dans les accouchements naturels, en effet, ou bien il faudra « se contenter, pendant toute la durée du travail, d'un vain SIMU« LACRE d'anesthésie atténuant à peine la souffrance, ou bien il « faudra, pendant un grand nombre d'heures parfois, plonger la « femme dans une insensibilité véritable dont la prolongation « excessive doit toujours effrayer.

« Cependant il faut ajouter, pour être juste, que la plupart des « partisans de l'anesthésie dans les accouchements naturels « conseillent d'avoir recours au chloroforme seulement dans les « derniers moments du travail. Même appliquée ainsi, l'insensi« bilité obtenue ne présenterait souvent qu'un avantage très« contestable, car tous les accoucheurs savent combien de fem« mes supportent difficilement, avec peu de résignation et de « courage, la fin de la première période et combien l'on en voit, « au contraire, dont l'énergie se réveille avec les douleurs fran« ches de la fin de l'expulsion.

« Les succès et les dangers de l'anesthésie obstétricale ont « été tour à tour exagérés par ses partisans et ses adversaires; « si pour quelques-uns l'emploi du chloroforme peut éviter à « la femme, dans une certaine mesure, l'apparition et les con« séquences de l'ébranlement nerveux qui accompagne l'accou« chement, amoindrir ainsi la gravité de la parturition et, par « suite, diminuer la mortalité des femmes en couches, pour « quelques autres les hémorrhagies consécutives seraient beau« coup plus à craindre chez les femmes anesthésiées. S'il nous « était permis d'invoquer ici notre expérience personnelle, il « nous serait impossible de souscrire à ces propositions. Nous « n'avons pas fait, depuis l'année 1853, une seule opération « obstétricale grave, à moins d'une contre-indication formelle, « sans employer l'anesthésie. Pendant près de trois années, à « la Clinique d'accouchements de Paris, toutes nos opérations « ont été pratiquées avec l'aide du chloroforme. Depuis l'appa« rition des anesthésiques, nous avons assisté, et parfois pris

« part, aux opérations faites par notre maître, M. P. Dubois.
« Dans quelques cas personnels, les femmes ont été maintenues
« dans l'insensibilité pendant une heure à deux (*céphalotripsies*
« *répétées*), nous n'avons jamais observé d'accidents raisonna-
« blement attribuables au chloroforme; nous n'avons jamais
« constaté non plus, chez les femmes anesthésiées, une immu-
« nité plus grande contre les accidents puerpéraux. » PROFESSEUR PAJOT.

Après la publicité donnée à la méthode, je n'ai pas un mot à changer à cette appréciation. Sans doute, l'avenir apprendra probablement à appliquer l'anesthésie dans quelques nouveaux cas d'accouchements anormaux quoique spontanés, mais quant aux accouchements naturels, je crois aujourd'hui, plus que jamais, avoir dit la vérité.

Nous signalerons enfin un dernier résultat de l'action du chloroforme obtenu par les propagateurs de la *demi-anesthésie*.

On pourrait déjà considérer comme très-étonnant « *d'atténuer évidemment les douleurs du travail*, » tout en faisant crier les femmes beaucoup plus fort; mais voici qui dépasse de très-loin ce succès extraordinaire.

Les accoucheurs à chloroforme ont la prétention avec leur *pseudo-anesthésie* « D'AMOINDRIR ET D'ESPACER LES CONTRACTIONS UTÉRINES. »

Cette théorie nouvelle de l'action du chloroforme n'a jamais été formulée encore, que nous sachions, par aucun pathologiste. Elle est aussi manifestement erronée qu'en opposition avec tous les faits.

Comment les *contractions* utérines sont *amoindries* et *espacées* par une prétendue *demi-anesthésie*, qui n'amène pas même l'insensibilité!

On croit rêver quand on entend de semblables énormités, de pareilles hérésies.

Les conclusions de tous les observateurs sont en contradiction formelle avec cette prétention.

A propos de l'anesthésie obstétricale, les accoucheurs se sont promptement mis d'accord sur les points suivants.

L'action du chloroforme présente trois degrés :

1° Une période d'excitation qui peut manquer chez certains sujets et selon le mode d'administration (qui n'est pas celui des demi-anesthésistes).

2° Une période d'anesthésie absolue accompagnée d'abolition de la motilité volontaire, des fonctions sensorielles et des facultés intellectuelles.

3° Une période de sidération des fonctions nerveuses de la vie dite organique, c'est-à-dire des mouvements du cœur, de l'utérus, etc., etc. La mort enfin, qui peut se produire encore de plusieurs autres manières, dont ne paraissent pas même se douter les semi-chloroformistes.

Jamais donc le chloroforme, à moins d'aller jusqu'à la troisième période, n'a eu et n'aura d'action sur la contraction utérine complètement soustraite à la volonté, jamais le chloroforme n'a *amoindri ni espacé* les contractions entre vos mains, à vous, qui n'allez pas jusqu'à la deuxième période ou qui, pour mieux dire, n'allez à aucune période.

Il faut pousser l'action jusque près de la mort pour agir sur la contraction. Vous dites avoir beaucoup manié le chloroforme, mais une pareille assertion semble annoncer une véritable ignorance de ses effets.

Qu'on ait tenté, en obstétrique, d'agir sur la contraction, sur la rétraction même et sans succès, ces tentatives honoraient ceux qui les ont faites; la vie de la femme était alors en question; mais une pareille conduite dans un accouchement ordinaire serait criminelle. Sur la douleur, oui. Sur la contraction. Non.

On peut être d'ailleurs rassuré sur ce point par tous les aveux précédents. Si les chloroformistes font cette grosse erreur en théorie, ils se gardent de commettre cette lourde faute en pratique. N'avons-nous pas assez démontré combien leur *prétendue anesthésie* était anodine, lénitive et peu compromettante.

Quant à nous, après avoir cherché la vérité en écartant toute illusion, en signalant, les contradictions, les erreurs, les héré-

sies, les équivoques, les naïvetés et toute l'inanité de la méthode, nos conclusions générales seront celles-ci :

1° Le chloroforme a sa place marquée à tout jamais en obstétrique. Aucun praticien n'hésitera à l'employer, *avec toutes les précautions qu'il impose,* dans les cas d'opérations douloureuses ou d'accouchements anormaux quoique spontanés, sauf contre-indication.

2° L'anesthésie *vraie*, appliquée aux accouchements naturels pendant les périodes de dilatation des orifices utérins et vulvaires, est un procédé scientifique et sérieux que l'on peut discuter. Ses dangers et ses inconvénients nous paraissent dépasser de beaucoup ses avantages. L'opinion contraire à la nôtre a ses arguments et peut être défendue.

3° C'est une erreur d'observation de considérer *la période tout entière de dilatation*, comme généralement bien supportée par les femmes.

4° C'est une hérésie scientifique d'avancer qu'on *amoindrit* et qu'on *espace* les contractions utérines, alors qu'on avoue ne pas même atteindre la deuxième période.

5° La *prétendue demi-anesthésie*, *le Chloroforme à la reine*, comme l'appellent ironiquement les grands praticiens anglais, est une pratique aussi inutile qu'inoffensive; elle n'a rien de sérieux ni de scientifique. Elle pourra prendre place à côté des moyens dilatoires propres à agir sur l'imagination des femmes et faire gagner du temps, quand dans un accouchement naturel, il n'est pas besoin d'autre chose. *Le Chloroforme à la reine,* à la mode aujourd'hui, est destiné à supplanter la potion de nos anciens (sa confection demandait plusieurs heures), les médailles, les neuvaines, les eaux miraculeuses, la plume d'aigle à la cuisse et la graisse de vipère sur le ventre.

6° La proposition de l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels aura longtemps encore des chances d'être acclamée par les femmes et leur entourage, qui confondent, grâce à l'équivoque et à l'ignorance, *l'anesthésie à la reine,* avec l'*anesthésie véritable*. L'irrésistible mirage du « *sans douleur* », ne disparaîtra même pas devant la réalité. On fera entendre

aux femmes qu'elles eussent souffert bien davantage sans la demi-anesthésie. Le chloroforme sera, pour les accouchées, comme la Providence qu'il faut toujours remercier quand on s'est fracturé une jambe. On aurait pu se les casser toutes les deux.

C'est au public médical, maintenant éclairé par ces débats contradictoires, qu'il appartient de juger si ce que nous venons d'analyser a le droit d'entrer désormais dans l'enseignement classique;

Si les maîtres, appelés à guider les jeunes médecins au milieu des difficultés de l'art, doivent persévérer à montrer dans la *demi-anesthésie* une source d'illusions chez les médecins honnêtes et de spéculation chez les autres;

Si nous devons continuer à ne pas recommander cette pratique, mais à la dévoiler comme l'une des erreurs de Simpson, esprit plus brillant que judicieux.

Jusqu'ici, pour l'honneur de l'obstétrique française, par son refus d'admettre dans sa matière médicale, le demi-chloroforme et les eaux à miracles, la Faculté nous a paru prouver à l'étranger qu'elle conservait toujours le sens commun. Il nous a semblé opportun aujourd'hui que l'Ecole de Paris, protestât contre des imputations erronées et vînt affirmer, fût-ce, comme ici, par la voix du plus obscur de ses professeurs, qu'elle entend, sans se préoccuper des ridicules engouements de la mode, marcher toujours dans la voie scientifique seule, comme elle l'a fait jusqu'à ce jour.

DE LA METRITE PARENCHYMATEUSE AIGUE

Par le Dr Alphonse Guérin,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

(1er article).

Leçons recueillies par M. Kirmisson, interne du service.

Nous allons aborder aujourd'hui, Messieurs, l'étude de la métrite parenchymateuse aiguë. Peut-être me trouvez-vous

bien exclusif dans la distinction que j'établis entre la métrite interne et la métrite parenchymateuse, elle est pourtant admise par la plupart des auteurs. Malheureusement quelques-uns d'entre eux, oubliant qu'ils décrivent isolément les deux formes de la maladie, indiquent pour l'une des symptômes qui appartiennent à l'autre.

Si, voulant faire l'histoire de la pneumonie, on faisait celle de la pleuro-pneumonie, sous prétexte que ces deux maladies se compliquent souvent l'une l'autre, on introduirait dans cette étude beaucoup d'obscurité. Il en est de même pour les deux formes de métrite aiguë; sans doute, elles se compliquent fréquemment, mais elles peuvent aussi se voir isolément. Dans l'une comme dans l'autre, la menstruation joue un grand rôle au point de vue de l'étiologie; mais, tandis que la parturition n'a aucune influence sur le développement de la métrite interne, elle en exerce une très-importante comme cause de métrite parenchymateuse. Dans certains cas même, la métrite emprunte à la puerpéralité un caractère spécial et constitue la métrite puerpérale. Nous laisserons de côté, pour le moment, cette forme spéciale, et nous décrirons seulement la métrite parenchymateuse simple. Nous comprendrons ensuite dans une même description les métrites puerpérale et traumatique.

La métrite parenchymateuse est l'inflammation du tissu propre de l'utérus; nous lui conserverons ce nom sous lequel elle est généralement connue, bien que l'expression de parenchyme ne doive pas s'appliquer d'une manière exacte au tissu utérin. Par ce mot, en effet, l'on désigne le tissu propre des glandes, composé d'un grand nombre de culs-de-sac agglomérés par du tissu conjonctif, friable, et se déchirant en général avec facilité. L'utérus, au contraire, est formé de fibres musculaires, de nerfs et de vaisseaux, et ne possède qu'une très-petite quantité de tissu cellulaire. Sa structure est donc très-différente de celle des parenchymes proprement dits, tels que le foie et le rein; non-seulement il n'est pas mou et friable, mais son tissu est d'une dureté et d'une ténacité remarquables. Toutefois, je pense qu'il vaut mieux accepter la désignation reçue que de créer un mot nouveau, tel que celui de métrite musculaire, par

exemple, on courrait risqué de jeter dans une question déjà difficile une confusion plus grande.

Le tissu utérin se compose donc de muscles qui, par leur superposition, constituent des plans dont nous n'avons pas à faire ici l'étude. Dans l'état de vacuité de l'organe, ses fibres sont blanchâtres, ressemblant à du tissu fibreux; elles sont au contraire rouges et très-augmentées de volume pendant la grossesse. Les artères présentent d'énormes flexuosités qui leur permettent de se prêter au développement de l'utérus gravide. Mais, quand on les examine, on reconnaît bientôt qu'elles ne sauraient suffire à l'énorme augmentation de volume que subit l'utérus pendant les derniers mois de la gestation ; il n'y a donc pas un simple déplissement des vaisseaux, mais encore hypertrophie de leurs parois. Les veines sont très-volumineuses, remarquables par l'absence de membrane externe, et dépourvues de valvules comme les sinus de la dure-mère ; à leur point d'entrecroisement, elles forment des dilatations désignées par Coste sous le nom de lacs sanguins. Pendant la grossesse, elles augmentent encore de calibre et constituent les sinus utérins. Les nerfs viennent du plexus hypogastrique et du plexus ovarien, c'est-à-dire qu'ils tirent leur origine du double système de la vie organique et de la vie de relation. Ces émanations des nerfs sacrés arrivant à l'utérus expliquent les douleurs lombo-sacrées qu'on a si souvent l'occasion de constater dans le développement des affections utérines. Autant le tissu de l'utérus est serré, compacte, à l'état de vacuité, autant il devient mou et spongieux pendant la grossesse. Cet état de mollesse favorise l'infiltration des produits plastiques, en même temps que la dilatation des veines et leur adhérence aux parois qui les maintient béantes expliquent la prédisposition particulière de l'organe à l'absorption des matières infectieuses.

L'anatomie pathologique de la métrite parenchymateuse est très-nette. L'utérus augmente de volume, ce qui n'existe pas, avons-nous dit, dans la métrite interne, malgré l'assertion contraire de quelques auteurs. La coloration du tissu devient rougeâtre, les fibres musculaires s'hypertrophient, et j'insiste d'une manière spéciale sur cette augmentation de volume de l'organe

qu'on peut constater dès le début de la maladie. Elle tient d'abord uniquement à l'hypertrophie des fibres musculaires, mais bientôt elle se prononce encore davantage par suite de l'élargissement de la cavité utérine. Quand on pratique une section du tissu enflammé, on y constate une grande vascularité et une infiltration louche, jaunâtre, qui fait place ensuite à une exsudation plastique : mais on n'y trouve jamais de suppuration. Les plus grandes divergences d'opinion se sont produites sur la question de savoir si le tissu utérin était capable de suppurer ; dans une discussion qui s'éleva à ce sujet à l'Académie de médecine, Cazeaux, répondant à M. Depaul qui citait des cas d'abcès des parois utérines, affirma qu'il n'y avait jamais suppuration du tissu utérin. Je suis convaincu, pour ma part, que les faits de suppuration sont tout à fait exceptionnels, et que, dans les cas où elle a été constatée, on avait affaire à une infection purulente. Il se produit alors du pus sur d'autres points de l'organisme ; aussi, est-ce seulement quand on aura constaté l'existence du pus dans les parois utérines, en l'absence de tout abcès métastatique, que j'admettrai la suppuration comme une des terminaisons possibles de la métrite parenchymateuse. On comprend d'ailleurs que la production du pus doive être très-difficile dans un tissu aussi dense et aussi pauvre en tissu conjonctif que le sont les parois utérines.

En résumé donc, l'augmentation du volume du corps de l'utérus tenant à la fois à l'hypertrophie des fibres de l'organe et à la dilatation de sa cavité, l'augmentation de volume du col, le ramollissement des parois utérines produit par une infiltration séreuse d'abord, puis par une exsudation plastique, l'absence de suppuration, tels sont les phénomènes qui caractérisent l'anatomie pathologique de la métrite parenchymateuse.

Les symptômes ne sont pas moins nets que l'anatomie pathologique. La douleur, remarquable par son intensité, ne peut être comparée qu'à celle de la péritonite aiguë. Elle augmente par la station verticale, et le plus souvent même ne permet pas aux malades de s'asseoir. Son maximum d'intensité siége derrière le pubis ; elle s'irradie dans la région lombaire et descend souvent jusqu'au coccyx. Presque tous les auteurs signalent

cette douleur coccygienne comme constante ; elle ne l'est pas, mais sa fréquence est très-grande.

A ces douleurs résultant de la distension de l'utérus s'en joignent d'autres qui paraissent de nature sympathique. Elles siégent souvent au niveau du pli de l'aine, de la symphyse sacro-iliaque, à la partie antérieure de la cuisse, suivant le trajet des branches du nerf crural. Elles sont en général superficielles et ne peuvent être confondues avec celles qui ont leur source dans l'utérus lui-même. Cependant, dans quelques cas, l'erreur est possible. C'est ainsi que, chez une malade de notre service, qui, quelques mois avant son entrée à l'hôpital, avait fait une chute sur la région lombaire, nous avons été trompé d'abord par le siége de la douleur au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, l'attribuant à une maladie de l'articulation. Plus tard seulement de nouveaux symptômes nous ont mis sur la voie du diagnostic, et le toucher nous a permis de constater l'existence d'une métrite parenchymateuse dont la douleur précédente n'était qu'un phénomène sympathique.

Aux signes subjectifs que nous venons d'énumérer il faut joindre les faits qui sont fournis par l'examen local. Au toucher on trouve que le fond du vagin est chaud et le col douloureux, au point qu'on ne peut lui imprimer aucun mouvement. Sa forme est variable suivant qu'on l'observe chez une nullipare ou chez une femme qui a eu des enfants ; mais il est toujours augmenté de volume. Chez la nullipare, le col est cylindro-conique, son orifice n'est pas sensiblement ouvert ; cependant, lorsqu'on y porte le doigt, on sent que ses lèvres ne sont plus étroitement appliquées l'une à l'autre, comme à l'état normal, et que cet orifice, de linéaire qu'il était, est devenu circulaire. Chez la femme qui a conçu, le col a perdu sa forme cylindro-conique ; sous l'influence de l'inflammation, il s'étale, devient évasé ; ses parties les plus excentriques débordent de tous côtés le pourtour de l'orifice, et ses lèvres se retournent pour ainsi dire à la manière des bords d'un chapeau. Il est largement entr'ouvert au point d'admettre facilement la pulpe du doigt indicateur. Cette dilatation du col mérite d'attirer l'attention ; nous ne l'avons pas constatée dans la métrite interne où le tissu

propre de l'utérus n'était pas enflammé; ici, au contraire, les fibres musculaires sont hypertrophiées, elles se contractent et produisent la dilatation de l'orifice utérin. Nous avons eu dernièrement sous les yeux un exemple frappant de cette dilatation du col sous l'influence d'une métrite. Il s'agissait d'une femme entrée depuis quelque temps déjà dans notre service pour un phlegmon du ligament large. Un jour elle présenta une perte sanguine abondante et accusa une douleur violente à l'hypogastre. Au toucher, nous pûmes constater une dilatation énorme du col; il était évasé, et laissait facilement pénétrer le doigt jusqu'au niveau de l'orifice interne. En même temps, il y avait un épaississement notable de ses parois, et du côté de la cavité cervicale, des faisceaux musculaires saillants, comparables jusqu'à un certain point aux piliers charnus du cœur. Si l'on n'avait déjà pratiqué le toucher, si l'on n'avait pas suivi l'évolution de la maladie, on aurait pu penser à un carcinome à cause de la large dilatation du col et de l'irrégularité de ses contours.

Lorsque, le doigt introduit dans le vagin, on cherche à soulever l'utérus, on constate que son poids a augmenté; en même temps le palper et le toucher combinés permettent de reconnaître que le volume de l'organe est plus considérable qu'à l'état normal. Quand la métrite parenchymateuse existe isolément, on trouve les parois vaginales chaudes, sèches, au lieu de les voir couvertes de mucosités, comme nous l'avons dit dans la métrite interne. Il n'y a ni écoulement leucorrhéique, ni métrorrhagie. mais ordinairement l'on constate de la dysménorrhée. Les règles ne reviennent plus à des époques fixes; il y a souvent des retards de huit à quinze jours et même d'un mois entier; la métrite parenchymateuse peut être alors confondue avec un commencement de grossesse. Presque toujours l'apparition des règles amène une exacerbation des douleurs qui deviennent parfois si violentes qu'elles arrachent des cris à la malade. C'est souvent alors que le médecin est appelé à constater l'existence de la métrite; le diagnostic devra s'établir d'après les signes précédents; ici, comme dans la métrite interne, je repousse comme dangereux l'emploi du spéculum. Aux douleurs causées par la

menstruation, il faut joindre les caractères fournis par l'écoulement sanguin; c'est-à-dire sa petite quantité, sa couleur noir foncé, la rapidité de sa coagulation.

L'étiologie de la métrite parenchymateuse se rapproche beaucoup de celle de la métrite interne. Comme dans cette dernière, la cause peut être une suppression brusque des règles, ou des fatigues excessives pendant la période menstruelle. Mais, plus souvent que la métrite interne, elle reconnaît pour cause l'introduction de corps étrangers dans les cavités vaginale et utérine. Je suis convaincu que l'application des pessaires dont on a tant abusé joue une grand rôle dans le développement de la métrite parenchymateuse. Beaucoup de femmes peu soigneuses négligent de retirer ces pessaires pour les laver; les matières sécrétées par le vagin s'y déposent et ne tardent pas à produire une vive irritation. Le redresseur utérin de Simpson a produit aussi un grand nombre de métrites; je me rappelle qu'à l'époque où Valleix l'introduisit en France, plusieurs personnes qui voulurent l'expérimenter eurent à déplorer des accidents. L'hystéromètre pourrait aussi amener la métrite parenchymateuse; mais quand on l'applique avec de grandes précautions, quand on renonce à son introduction, dès qu'on sent un obstacle, il ne saurait en résulter d'inconvénients. Je ne reviens pas sur le rôle des relations sexuelles; j'y ai suffisamment insisté à propos de la métrite interne (1); je me borne à rappeler que les excès génitaux n'ont pas ici une moindre importance.

La durée de la métrite parenchymateuse est courte; elle ne dépasse pas quinze à vingt jours; en général, au bout d'un mois on constate la résolution ou le passage à l'état chronique. Elle ne suppure pas, avons-nous dit, du moins le pus est sécrété seulement par la muqueuse et jamais il n'y a formation d'abcès dans l'intérieur du parenchyme utérin, ou, s'il se forme un de ces abcès, c'est dans la métrite puerpérale ou traumatique, et non dans la forme simple de la maladie. Il n'y a pas de guérison tant que les règles ne sont pas revenues, car, tous les mois, la période menstruelle amène une congestion considérable de l'utérus qui peut être l'occasion d'une récidive.

(1) Voyez tome II, p. 5.

La métrite parenchymateuse est habituellement liée à la jeunesse et à des habitudes sexuelles qui ont pour conséquence la prolongation de la maladie et sa tendance à passer à l'état chronique. Les exsudats qui se forment dans le parenchyme utérin et dont nous avons signalé l'existence à propos de l'anatomie pathologique, ne se résorbent que difficilement, et longtemps ils demeurent là comme une épine tendant sans cesse à ramener l'inflammation.

Parmi les suites de la métrite parenchymateuse, il faut noter la stérilité. Cette cause de stérilité n'avait point échappé à Ambroise Paré. Après avoir dit que les femmes sont dites stériles *lorsqu'elles ne peuvent montrer le talent du mariage*, il ajoute que la stérilité provient de ce que « la matrice est trop chaude en raison de quoi résout, dissipe la semence et la brûle. Telle chaleur se connoist aux femmes viragines, barbues, hautaines et félonnes, qui ont la voix grosse, lesquelles sentent des chatouillements et des titillations vénériennes à leurs parties honteuses avec ardeur et grand prurit, et ont leurs mois avec peine. » (Ambroise Paré. De la stérilité des femmes.)

N'est-ce pas là ce que nous venons de dire, beaucoup plus longuement, de la métrite parenchymateuse? La dysménorrhée y est nettement indiquée avec les causes ordinaires de l'inflammation de l'utérus. Dans un autre passage, il indique l'étiologie de la stérilité d'une manière encore plus claire : « Les femmes trop ardentes au jeu de dames rabatues ne souvent conçoivent. » L'hygiène se trouve donc une fois de plus en parfaite conformité avec la morale.

Le diagnostic est facile à la condition que l'on aura bien présentes à l'esprit toutes les maladies avec lesquelles la métrite parenchymateuse peut être confondue. Et tout d'abord, la distinction à établir entre la métrite interne et la métrite parenchymateuse a une grande importance. Si, appelés près d'une femme qui souffre de l'utérus, vous vous attendiez à trouver toujours l'écoulement sanguin et les pertes leucorrhéiques qui caractérisent la métrite interne, vous pourriez être induits en de graves erreurs. Non-seulement ces phénomènes n'appartiennent pas à la métrite parenchymateuse, mais le plus souvent elle entraîne

la dysménorrhée ou la suppression même du flux menstruel. Le seul symptôme commun aux deux formes de la maladie, c'est la douleur, mais tandis que la métrite interne ne détermine aucun changement de poids, de forme ou de volume de l'utérus, dans la métrite parenchymateuse, l'organe est pesant, volumineux, son col est déformé; il s'évase dans sa portion intra-vaginale, ses lèvres sont écartées, son orifice entr'ouvert.

On peut éprouver de la difficulté à distinguer la métrite parenchymateuse de la péritonite localisée. Quelquefois, en effet, il se développe autour de la matrice enflammée un peu de météorisme donnant l'idée d'une inflammation de la séreuse péritonéale. Il peut se faire, en outre, que des parois abdominales épaisses empêchent de constater l'augmentation de volume de l'utérus. Toutefois, le toucher combiné avec la palpation met ordinairement sur la voie du diagnostic, et si le toucher vaginal était trop douloureux, on pourrait avoir recours au toucher rectal. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce diagnostic à propos de la pelvi-péritonite.

Dans le phlegmon du ligament large, comme dans la métrite parenchymateuse, on observe de la douleur vive, de la fièvre accompagnée parfois de frissons. Mais, dans cette dernière, on constate la présence d'une tumeur globuleuse à l'hypogastre. Dans le phlegmon du ligament large, la tuméfaction occupe la fosse iliaque du côté malade; le cul-de-sac latéral du vagin du même côté est complètement effacé ou même remplacé par une saillie; dans les cas moindres, il est le siége d'un empâtement résistant.

Il est un diagnostic qu'il pourrait sembler d'abord inutile de discuter : c'est celui des corps fibreux et de la métrite parenchymateuse; il ne laisse pas cependant que de présenter dans certains cas de sérieuses difficultés. Vous en pouvez voir aujourd'hui même un exemple chez une malade couchée au n° 32 de la salle Saint-Maurice. Cette femme raconte qu'au mois d'octobre dernier elle a été exposée pendant ses règles à un refroidissement prolongé. Le flux menstruel s'est supprimé; cinq ou six jours après, elle a commencé à souffrir du ventre, et au bout de quinze jours l'écoulement sanguin a reparu.

Depuis cette époque, les règles ont toujours été plus abondantes que de coutume; elles durent quinze à dix-huit jours, et dans les intervalles la malade a des pertes leucorrhéiques abondantes. L'étiologie pourrait ici induire en erreur; car si l'exagération du flux menstruel fait songer à l'existence de corps fibreux, le début brusque de la maladie, coïncidant avec une suppression des règles, est de nature à faire admettre la métrite. Le palper et le toucher fournissent les éléments de diagnostic les plus importants. Ils permettent de constater en effet une tuméfaction considérable de l'utérus; mais, au lieu de porter également sur toutes les parties de l'organe, ce gonflement présente des bosselures irrégulières dont une surtout très-marquée du côté gauche. Quand on pratique le toucher rectal, on sent aussi manifestement une tumeur dure, inégale, qui remplit la plus grande partie du petit bassin et présente tous les caractères des corps fibreux de l'utérus. Ce qui achève de faire adopter cette opinion, c'est l'état du col; au lieu d'être volumineux comme dans la métrite parenchymateuse, ici le col est ferme, résistant, ses lèvres sont minces et étendues, sa forme conique est exagérée plutôt qu'effacée. Une circonstance rendait encore le diagnostic plus difficile dans le cas dont je vous parle, c'était l'existence de douleurs très-vives qui n'accompagnent pas habituellement les corps fibreux. Quelquefois enfin, les myomes utérins siégeant près du col amènent la dysménorrhée, ce qui les rapproche encore de la métrite parenchymateuse.

Il est un autre diagnostic sur lequel je veux attirer votre attention d'une manière spéciale, parce qu'il présente au point de vue pratique un haut intérêt : c'est celui de la métrite et de la grossesse au début. Souvent, en effet, vous pourrez voir de jeunes femmes se plaignant de douleurs dans le ventre, de pesanteur à l'hypogastre et au périnée. Au palper, vous trouverez un utérus notablement développé, vous interrogerez la malade, et elle vous affirmera qu'elle ne peut être enceinte. Si vous pratiquez le toucher, vous constaterez que le col n'a pas beaucoup augmenté, mais qu'il est mou et spongieux. Défiez-vous alors, songez à la possibilité d'une grossesse, et surtout gardez-vous

de recourir à l'hystérométrie. Car souvent cette femme qui désire ardemment mettre fin à sa grossesse, a appris qu'on introduit dans l'utérus un instrument capable d'ouvrir l'œuf et de provoquer l'avortement, et elle est venue vous tendre un piége en feignant un mal qu'elle n'a pas éprouvé. Ou bien, d'autres fois, l'œuf a déjà été ouvert par une main criminelle, et quand la malade se présente à vous, elle perd du sang, circonstance propre à vous induire en erreur et à vous faire éloigner encore l'idée d'une grossesse. C'est là une situation très-difficile; en pareil cas, le meilleur guide est, à mes yeux, la consistance particulière du corps de l'utérus dans la grossesse, consistance molle, pâteuse, sur laquelle les accoucheurs insistent avec raison, car elle est pour ainsi dire pathognomonique. Les faits auxquels je fais allusion en ce moment se sont présentés plus d'une fois à mon observation, et dernièrement encore, j'étais consulté par une femme dans des conditions semblables. Je reconnus bientôt qu'un avortement avait été provoqué, et sans faire comprendre à la malade que je n'étais pas dupe de ce qui se passait, j'instituai un traitement approprié.

Telle est, messieurs, la conduite à suivre dans ces circonstances difficiles; mais, encore une fois, gardez-vous d'avoir recours à l'hystérométrie, de peur de provoquer l'avortement ou d'en assumer la responsabilité, si par hasard il avait été déjà commencé. *(à suivre.)*

EMPLOI DU FORCEPS

POUR EXTRAIRE LA TÊTE DU FŒTUS APRÈS LA SORTIE DU TRONC

Par le Dr J. Grynfeltt,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

(3e article.) (1)

II.

TÊTE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Lorsque, le tronc de l'enfant étant sorti, la tête est retenue au détroit supérieur, les difficultés de l'application du forceps son

---

(1) Voir tome II, pp. 165 et 348.

sans contredit beaucoup plus considérables, si tant est que cette opération soit possible. La présence des épaules à l'orifice vulvaire s'oppose à l'introduction facile dans les voies génitales de la main conductrice des branches de l'instrument, alors qu'il est si nécessaire, quand on doit porter les cuillers au-dessus du détroit abdominal, de l'introduire tout entière pour les appliquer convenablement.

Cette introduction de la main tout entière dans le conduit vulvo-utérin, quand il s'agit d'aller saisir avec le forceps la tête du fœtus au détroit supérieur en présentation céphalique, est pour nous une règle dont il ne faut jamais se départir. De ce précepte dépendent la sûreté et l'innocuité de l'opération. En le suivant, on est toujours sûr de porter les cuillers assez haut pour bien saisir la tête et la saisir solidement, en même temps que l'on évite non moins sûrement les lésions du col utérin et des culs-de-sac vaginaux.

C'est pour ne pas s'être conformé à ce précepte que dernièrement un de nos collègues et amis, qui avait bien voulu nous adjoindre à lui pour un accouchement difficile, n'a pas pu extraire avec le forceps la tête de l'enfant, retenue au détroit supérieur par un rétrécissement rachitique du diamètre sacro-pubien. Deux fois le forceps glissa sans rien amener; une troisième fois il ne put être articulé. Après avoir mis la femme dans une attitude plus convenable pour la manœuvre que celle dans laquelle elle était auparavant, nous pûmes sans beaucoup de peine, grâce à l'introduction de toute la main pour conduire les branches de l'instrument, appliquer solidement le forceps et amener la tête au dehors. Le reste de l'extraction, le passage des épaules, et même celui du ventre, ne furent pas aussi faciles. L'enfant, qui a succombé pendant ce dernier temps de la manœuvre, était, du reste, énorme; il pesait 5400 grammes! poids tout à fait exceptionnel.

C'est Flamant (1) le premier qui fit de l'introduction de toute la main un précepte de rigueur pour l'application du forceps au détroit supérieur; et il a rendu un véritable service à la prati-

(1) Flamant. *Mémoire prat. sur le forceps*, 1816, p. 19.

que. Il a même conseillé, longtemps avant F. Hatin, d'introduire dans quelques cas les deux branches de l'instrument avec la même main pour guide (1). — Cette idée, selon nous, est moins heureuse que la précédente, et nous sommes loin de partager pour ce mode opératoire, connu aujourd'hui sous le nom de procédé de F. Hatin, le même enthousiasme que Chailly (2).

Pour nous, c'est l'introduction de toute la main dans les voies génitales de la femme qui donne à l'accoucheur la facilité d'appliquer sans danger le forceps au détroit supérieur. — Qu'on n'invoque pas la difficulté de cette introduction de la main tout entière, car l'étroitesse de la vulve n'est jamais un obstacle sérieux pour la pratique de la version podalique. Il faudra bien d'ailleurs que bientôt passe la tête fœtale, et ce passage n'en sera alors que plus facile, la voie se trouvant préparée par l'intromission de la main.

Au surplus, l'introduction des quatre derniers doigts seulement, prescrite par Baudelocque (3) et encore par la plupart des accoucheurs de nos jours, est plus douloureuse que l'introduction de toute la main, en ce sens que la région palmaire, qui correspond à l'anneau vulvaire pendant tout le temps de la manœuvre, est plus large que le poignet qui s'y trouve engagé quand toute la main est portée dans le vagin. Dans ce dernier cas, une fois la main en place, la femme ne souffre pour ainsi dir plus, nous ne craignons pas de l'affirmer de par notre toute pe tite expérience. Dans les quelques applications de forceps au détroit supérieur, que nous avons eu jusqu'ici l'occasion de faire, nous n'avons jamais agi autrement, suivant en cela les conseils de notre excellent maître, M. le professeur Dumas, et nous n'avons jamais eu à nous plaindre de cette conduite. — Quant au procédé de F. Hatin, nous le tenons, expérience faite, pour incommode et difficile, surtout quand l'angle sacro-vertébral est un tant soit peu proéminent.

Quoi qu'il en soit, revenons, il en est temps, à notre sujet,

---

(1) Flamant. *Eod. loc.* Observations 18 et 30.
(2) Chailly. *Op. cit.*, p. 652 et suiv.
(3) Baudelocque. *Loc. cit.*, p. 165.

dont nous a écarté cette digression sur l'application du forceps au détroit supérieur, dans les cas de *tête première*.

Les difficultés de cette opération ne sont rien, comparativement à celles qui surgissent quand le tronc déjà sorti obstrue l'entrée du conduit vulvo-utérin. Un accoucheur des plus habiles, Dewees, au dire de Cazeaux (1) et de M. Jacquemier (2), a toujours échoué en pareille occurrence.

Suivant Nægelé, « pour que le forceps puisse être appliqué après l'expulsion du tronc, il faut que les bras soient dégagés et que la *tête soit descendue entièrement ou en grande partie* dans l'excavation (3). »

« Si l'on peut s'en servir au détroit supérieur, dit M. Jacquemier (4), ce n'est guère qu'après la mort du fœtus, lorsque des tractions sur les épaules ont allongé le cou. »

Chailly (5) est du même avis : « Cette application est-elle possible? L'expérience prouve que cet instrument ne peut être, dans ce cas, d'aucune utilité, tant que l'enfant est vivant et que par conséquent le cou n'a pas été allongé par les tractions. Il n'y a pas assez de place pour que le forceps puisse être glissé jusqu'à la tête, et, quand bien même chaque branche isolée pourrait être introduite, il serait impossible de les réunir, de les articuler. »

Que penser conséquemment de tous les préceptes donnés par Baudelocque (6) et ses successeurs immédiats, Gardien (7), Capuron (8), Mme Boivin (9)...) pour cette application du forceps au détroit supérieur, préceptes dont le but est de placer, dans tous les cas, les cuillers de l'instrument sur les côtés de la tête du fœtus et de façon que leur bord concave corresponde à l'occiput? Pour nous, nous estimons que tous ces préceptes ont été for-

(1) Cazeaux. *Op. cit.*, p. 844.
(2) Jacquemier. *Manuel des accouch.*, etc., 1846, t. II, p. 415.
(3) Nægelé. *Op. cit.*, p. 295.
(4) Jacquemier. *Loc. cit.*, p. 415.
(5) Chailly. *Op. cit.*, p. 710.
(6) Baudelocque. *Loc. cit.*, p. 201-210.
(7) Gardien. *Loc. cit.*, p. 290-295.
(8) Capuron. *Cours théor. et prat. d'accouch.*, 1823, p. 565-573.
(9) Boivin. *Mémorial de l'art des accouch.*, 1836, p. 387-391.

mulés *à priori* et nullement d'après les faits. Toutes ces opérations, nous l'avons déjà dit, sont inexécutables, même sur le fantôme, quand on veut en simuler très-exactement tous les temps. Est-il bien vrai que Baudelocque, aussi heureux qu'habile, ait réussi dans des cas semblables, la tête en position transversale ou oblique, ce qui arrive le plus souvent alors, en se conformant à ses préceptes? On le dit, et nous n'oserons pas le contredire formellement. Nous ferons simplement remarquer que l'occasion d'avoir recours au forceps pour de pareils cas (tête au détroit supérieur après la sortie du tronc) se présente rarement, et que Mme Boivin (1) avoue franchement n'avoir jamais vu d'application de forceps après l'expulsion du tronc de l'enfant, et que Baudelocque (2) lui-même dit n'avoir employé cet instrument qu'une vingtaine de fois au détroit supérieur sur *la tête première*.

Nous n'avons trouvé dans les auteurs qu'une seule observation détaillée d'application du forceps après la sortie du tronc, *la tête étant au-dessus du détroit abdominal :* c'est la 27e du mémoire de Flamant. Qu'on nous permette de la reproduire ici en son entier.

Observation. — 22 février 1811. Barbe Heitz, âgée de 24 ans, jouissant d'une bonne santé et portant son premier enfant, depuis vingt-quatre heures en travail, était tourmentée par de vives douleurs, et demandait à grands cris qu'on la délivrât. La tête était encore dans la première position au-dessus du détroit abdominal, après la rupture des membranes et l'évacuation des eaux. N'ayant pas le forceps sous la main, et les proportions entre le fœtus et le bassin me paraissant promettre un accouchement heureux en faisant une version par les fesses, j'introduis la main gauche entre l'utérus et la joue gauche du fœtus. En suivant le plan latéral gauche, je ramène le bras gauche sur la poitrine, et, arrivé aux fesses, je ne puis saisir que le pied gauche. En tirant ce pied, le fœtus se courbe sur le côté gauche, et, au lieu de réduire à la seconde position par les fesses, comme cela arrive ordinairement, le tronc du fœtus tourne sur lui-même, et lorsque les fesses sont amenées au-dessus du détroit abdominal, le fœtus se trouve encore dans la première position par les fesses. En tirant sur

(1) Boivin. *Op. cit.*, p. 387.
(2) Baudelocque. *Loc. cit.*, p. 29.

le pied gauche seul, je fais descendre le tronc jusqu'aux épaules ; je tire le bras droit qui était en dessous le premier, puis le bras gauche. Mais la tête reste arrêtée au-dessus du détroit abdominal: l'occiput au-dessus de la partie interne de la cavité cotyloïde gauche. *Après quelques tractions sur le cou, le menton s'est engagé.* Deux doigts de la main gauche introduits dans la bouche n'ont pu faire descendre la tête, et les convulsions du fœtus m'ont déterminé à appliquer le forceps dont la branche femelle a été introduite la première, à droite par dessous la poitrine du fœtus et poussée en devant, la branche mâle à gauche et en arrière : le tronc du fœtus confié à un aide, j'ai extrait un enfant mâle à terme, mort pendant l'introduction des branches de l'instrument (1).

Nous n'avons aucunement l'intention de soumettre ce fait à une critique de détail. Il pourrait néanmoins donner lieu à quelques réflexions d'où il ressortirait que même les plus grands accoucheurs sont quelquefois mal inspirés. — *Errare humanum est.* — Qu'il nous suffise, pour ce qui nous concerne, de faire remarquer qu'*après quelques tractions sur le cou, le menton s'est engagé*, et que les deux bras étaient à l'extérieur. Par conséquent, la tête fœtale n'était plus véritablement au détroit supérieur, mais seulement au haut de l'excavation. Il n'est donc pas étonnant que le forceps ait pu être appliqué *obliquement* et sans trop de difficultés.

Deleurye (2) était à coup sûr beaucoup plus pratique que Baudelocque quand il conseillait, dans tous les cas *de tête dernière au détroit supérieur*, d'introduire les branches du forceps sur les côtés du bassin, sans s'occuper des rapports de la tête fœtale avec ce détroit supérieur. On ne peut faire autrement, croyons-nous, si tant est que l'on puisse parvenir à appliquer l'instrument.

Quoi qu'on en ait dit, *au détroit supérieur*, même sur la *tête première*, les *applications directes*, c'est-à-dire celles faites sur les côtés du bassin, sont les seules possibles dans la très-grande majorité des cas, pour ne pas dire toujours. Pour être appliqué au détroit supérieur, le forceps doit accommoder la courbure de

---

(1) Flamant. *Op. cit.*, p. 103 et 104.

(2) Deleurye. *Observ. sur l'opérat. césarienne et sur l'usage du forceps la tête arrêtée au détroit supérieur*, 1779, p. 86 et suiv.

ses bords à la courbure des voies génitales de la parturiente, à la courbure qui résulte de la combinaison des divers axes du détroit supérieur, de l'excavation et du détroit inférieur. « Vouloir articuler un forceps dont la concavité des bords ne regarde pas le derrière des pubis quand la tête est au détroit supérieur, c'est vouloir accommoder, dit Chailly (1) avec beaucoup de raison, une ligne droite inflexible dans un canal courbe; ce qui est impossible. » — Pour nous, dans les cinq ou six applications de forceps que nous avons faites jusqu'ici *au détroit supérieur* (2), nous n'avons jamais opéré différemment. Cette manière de procéder, connue sous le nom de *méthode allemande*, est la seule pratique, la seule conseillée par Chailly, M. le professeur Pajot, Joulin, Tarnier... et tous ceux qui ont eu à se mesurer avec les difficultés de la clinique.

Dans les cas qui font l'objet de notre étude, une telle application est-elle possible? Si non, quelle doit être la conduite de l'accoucheur en cette conjoncture?

Distinguons les cas où le bassin est normal et ceux où le bassin est vicié.

A. *Bassin normal*. — Pour que la tête du fœtus soit retenue au détroit supérieur, dans un bassin normal, après un accou-

(1) Chailly. *Op. cit.*, p. 649.

(2) Deux applications à Grabels sur la même femme (viciation du diamètre sacro-pubien) avec le concours de M. le Dr David. Chaque fois tête fixée, deux enfants vivants. Opération facile.

Deux à la clinique d'accouchements pendant que je suppléais M. le professeur Dumas (1871-72). Une fois sur une tête mobile au-dessus d'un rétrécissement oblique-ovalaire. Cas malheureux. Sera publié. — Une seconde fois sur une tête fixée par un rétrécissement rachitique du diamètre sacro-pubien, après tentatives trop tardives d'accouchement prématuré artificiel commencées pourtant dès le jour de l'entrée de la femme à l'hôpital. Emploi de l'aide-forceps de Joulin. Enfant mort. Fistule vésico-vaginale opérée ensuite avec succès par M. le professeur Courty. Sera publié.

Une application en ville pour un rétrécissement analogue sur une cliente de madame Baumès, accoucheuse. Encore emploi de l'aide-forceps. Mort de l'enfant. Paralysie de longue durée du membre inférieur gauche par contusion du nerf sciatique correspondant. Sera également publiée.

Enfin ma dernière application du forceps *au détroit supérieur* est celle à laquelle j'ai déjà fait allusion quelques pages plus haut. En tout six.

chement par le siége ou après une version podalique, il faut que des tractions énergiques, inconsidérées et inopportunes, aient été opérées sur les membres inférieurs. Encore même, en pareille occurrence, les diamètres longitudinaux de la tête fœtale, sous l'influence des contractions utérines seules et en vertu du principe d'accommodation (1) à la faveur duquel s'effectuent tous les phénomènes mécaniques de l'obstétrique, se mettent en rapport avec le diamètre transverse ou au moins avec un des diamètres obliques du détroit supérieur, et la tête, soit en état de déflexion (son plus grand diamètre, l'occipito-mentonnier, qui a 13 centimètres 1/2, n'excède pas de beaucoup le diamètre transverse, qui a la même étendue ou à peu près), soit après l'abaissement préalable du menton, spontané le plus souvent ou opéré à l'aide de deux doigts portés dans la bouche, finit par franchir le détroit supérieur et arrive dans l'excavation, sinon en totalité, au moins en grande partie, comme dans l'observation que nous avons empruntée à Flamant.

Alors les tractions opérées sur le tronc sont contraires à la réussite de l'extraction. En appliquant le menton contre le rebord du détroit supérieur, elles font obstacle au mouvement d'accommodation et de flexion que les contractions utérines seules impriment à la tête fœtale pour faciliter l'évolution, et de plus elles gênent l'introduction de la main pour aller abaisser le menton.

Peut-on admettre dans les cas qui nous occupent, *au détroit supérieur*, les deux positions *occipito-pubienne* et *occipito-sacrée*, qui se produisent presque nécessairement, comme positions secondaires, dans l'excavation et au détroit inférieur?

Ces positions de la *tête première au détroit supérieur* étaient considérées par les anciens accoucheurs comme possibles. Mais

(1) « Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le « siége d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes « et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et « ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. » Ce principe immuable de mécanique érigé en loi par M. le professeur Pajot régit tous les phénomènes mécaniques de l'obstétrique, présentations et positions dans les bassins normaux et viciés, évolutions diverses du fœtus à travers la filière pelvienne et une foule de mouvements dans les opérations tocologiques. (Pajot, *Loc. cit.*, p. 384).

elles ne peuvent en réalité exister dans un bassin normal, encore moins dans un bassin rétréci, ainsi que nous le verrons bientôt, sauf dans un seul cas, on ne peut plus rare, que nous spécifierons plus loin. Mme Lachapelle, avec beaucoup de raison, en a déjà fait justice depuis longtemps, relevant avec une exquise courtoisie l'erreur de son maître Baudelocque, partagée, on ne sait trop pourquoi, jusqu'à ces dernières années, par des accoucheurs d'ailleurs fort recommandables. Il suffit de se reporter au principe de mécanique que nous avons rappelé plus haut en note pour voir immédiatement que ces positions *occipito-pubienne* et *occipito-sacrée* sont impossibles au détroit supérieur.

Comment admettre, l'utérus se contractant, et il se contracte toujours de loin en loin, vers la fin de la grossesse, bien avant le début du travail, comme pour essayer ses forces, excité qu'il est d'ailleurs par divers stimulus directs ou indirects, — en ces conditions, comment admettre qu'un corps orbe, comme le front ou la région occipitale du fœtus à terme, puisse rester en rapport avec le promontoire sans glisser à droite ou à gauche, et venir confiner à l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque? Il faudrait ne tenir aucun compte de la présence des eaux de l'amnios, de l'état de lubréfaction des organes maternels, et de la tête fœtale recouverte de cet enduit sébacé plus ou moins abondant, qui fait que parfois les pieds glissent si facilement entre les doigts de l'accoucheur opérant une version podalique. Autant vaudrait vouloir équilibrer l'une sur l'autre deux billes d'ivoire, l'une d'elles étant mobile. Jusqu'à ce jour, il faut bien le reconnaître, la plupart des livres d'accouchements ont été écrits sur de pures spéculations théoriques, et tous les auteurs semblent s'être copiés ; ils ont tous juré sur la parole du maître. Nous exceptons pourtant, et il le faut bien, de ce nombre les impérissables *Mémoires* de Mme Lachapelle, où sont accumulés de si grands trésors pratiques, et auxquels il faut toujours aller demander quelque enseignement quand on s'occupe de l'art des accouchements. « Cette position (l'occipito-pubienne), dit cette femme illustre (1), ainsi que son opposée (occiput sur l'angle sacro-verté-

(1) Lachapelle. *Loc. cit.*, a. 106.

bral), a été conservée par Baudelocque, qui a cru la rencontrer quelquefois. S'il faut en dire mon avis, je crois que Baudelocque ne l'a conservée que par respect pour Solayrès. Il a cru faire beaucoup en la reconnaissant comme très-rare, et en la plaçant la troisième dans sa nomenclature. Pour moi, je n'ai *jamais* touché la tête dans cette direction longitudinale au *détroit supérieur* (1), ni même à une certaine hauteur de l'excavation du bassin... Je regarde donc comme purement imaginaires la troisième et la sixième position de Baudelocque. »

Eh bien, ce qui est impossible dans les cas où la tête vient la première, est tout aussi impossible lorsque cette partie du fœtus est la dernière à sortir après un accouchement par les fesses ou après une version podalique. Sous l'influence des contractions utérines, et grâce à la lubréfaction des parties contenantes et des parties contenues, en vertu du principe de mécanique susénoncé, les grands diamètres longitudinaux de la tête fœtale se mettent en rapport, soit avec le diamètre transverse, soit avec l'un des diamètres obliques du détroit supérieur, et s'engagent sans trop de peine dans l'excavation, surtout si, la main de l'accoucheur intervenant, le menton est attiré en bas par un ou deux doigts portés dans la bouche.

On a dit que spontanément, ou après des tractions intempestives et trop énergiques, le menton pouvait s'accrocher au-dessus de la symphyse des pubis, et causer le renversement ou la déflexion de la tête. C'est là une pure hypothèse. Aucun accoucheur expérimenté de nos jours, dirons-nous avec Grenser (2), ne partage cette opinion des auteurs anciens. Déjà Mme Lachapelle, qui a toujours devancé son époque, avait écrit dans son IVe Mémoire (3) : « Toutes ces théories sont illusoires, et la pratique en aurait bientôt dégoûté si on voulait les mettre à l'épreuve. Sans nul doute, les pubis ne sont pas conformés de manière à accrocher le menton, comme le répètent des centaines d'écri-

(1) Elle n'a rien rencontré de semblable dans plus de 40,000 (quarante mille!) accouchements faits par elle-même ou sous sa direction. Quelle statistique éloquente ! (*Loc. cit.*, p. 20 et 22.)

(2) Grenser. In Nægelé. *Op. cit.*, p. 311.

(3) Lachapelle. *Op. cit.*, t. II, p. 80.

vains; leur bord évasé, leur plan incliné en arrière et en haut, les tendons qui adhèrent à ce bord, en voilà bien assez pour démentir une pareille assertion. »

Et pourtant Chailly (1) dont le livre a une valeur pratique généralement incontestée et suivant nous incontestable, étudie l'accident de la rétention de la tête au détroit supérieur, le tronc déjà sorti, dans les deux positions *principales* (!) *occipito-pubienne* et *occipito-sacrée*. Il indique même la manœuvre qu'il convient d'employer pour chacun de ces deux cas : Introduction de toute la main gauche dans la matrice au-dessous du tronc de l'enfant, pour aller accrocher le maxillaire inférieur avec l'index et le médius, et faire descendre le menton le premier, quand l'occiput est au-dessus des pubis ; — et quand il est en arrière, sur le promontoire, introduction de toute la main droite au-devant de cette saillie, afin de saisir l'occiput et de l'entraîner à gauche, tandis que par un mouvement d'élévation du poignet on tâche de fléchir la tête. Puis il complète sa manœuvre par celle de madame Lachapelle dont nous avons déjà parlé.

« Cette manœuvre, ajoute-t-il, est fort difficile à exécuter, elle sera même impraticable si la main de l'opérateur est volumineuse. » Une *petite* main est aussi nécessaire pour la réussite dans le premier cas.

Plus pessimiste encore que Chailly sur ce point, nous croyons cette manœuvre impraticable même par une main qui aurait toutes les qualités qu'exigeait Percy de celle d'un accoucheur. Introduire la main dans l'utérus directement en haut et en arrière, au-dessus du promontoire, quand le tronc d'un fœtus à terme occupe le conduit vulvo-utérin, et d'autant plus complètement que la tête serait alors très-élevée, nous paraît une opération impossible.

Heureusement, — et nous sommes par cela consolé de l'inapplicabilité de la manœuvre de Chailly, — que ces positions *occipito-pubienne* et *occipito-sacrée* ne peuvent se rencontrer au détroit supérieur, — que dans tous les cas, en vertu du principe d'accommodation sus-énoncé, la tête fœtale prend une position

---

(1) Chailly. *Op. cit.*, p. 707 et 708.

oblique ou transversale pour franchir le détroit abdominal, — et qu'alors il est autrement facile d'introduire la main sur les côtés du bassin, au devant de l'un ou de l'autre des ligaments sacro-sciatiques, suivant les cas, comme pour une application de forceps selon la règle de Mme Lachapelle; quitte ensuite à la porter un peu plus ou un peu moins en avant pour aller accrocher le menton de l'enfant avec l'index et le médius, fléchir la tête et la faire passer au détroit par un diamètre plus favorable. —Même sur une femme dont le bassin était notablement rétréci dans son diamètre sacro-pubien, cette manœuvre nous a réussi ainsi qu'on le verra dans l'observation qu'on va lire bientôt. — Il va sans dire qu'une fois le menton accroché, la main restée libre doit tirer sur les épaules en embrassant le cou de l'enfant entre l'index et le médius appliqués en arrière, de manière que leurs extrémités appuient sur les régions sus-claviculaires.

Le conseil donné par Chailly pour les cas *de prétendue position occipito-sacrée* doit, à notre avis, paraître d'autant plus surprenant que cet accoucheur, d'ailleurs fort habile, combat très-justement avec force la manœuvre analogue que Baudelocque recommandait pour la conversion *des présentations faciales* en *présentations crâniennes*, et que Mme Lachapelle ne tarda pas à condamner après l'avoir essayée au début de sa pratique.

Une fois le menton abaissé et la *base du crâne engagée au haut de l'excavation* par les tractions exercées sur le cou de l'enfant, si l'extraction, par une des manœuvres précédemment indiquées, est impossible, et s'il faut en venir à l'emploi du forceps, comment l'appliquer?

Quels que soient les inconvénients d'une application faite sur les deux extrémités d'un diamètre longitudinal ou oblique de la tête fœtale, comme il est impossible d'agir différemment quand la tête est si élevée, *il faut toujours faire relever fortement le corps de l'enfant vers le ventre de la mère*, appliquer toujours l'instrument *au-dessous du tronc* sur les côtés du bassin, et tirer ensuite dans la direction des axes pelviens, quitte à modifier à la fin le sens des tractions pour faire évoluer la tête suivant le mécanisme imitant le mieux l'expulsion spontanée. — Comme on le voit, nous conseillons dans ces cas de suivre en tous points la

Méthode allemande qui est celle que recommandait Gardien, on se le rappelle. En arrière, au devant des ligaments sacro-sciatiques, l'introduction des branches du forceps est toujours plus facile.

Si avec un bassin normal la tête du fœtus présente un volume au-dessus de la moyenne l'engagement dans l'excavation est beaucoup plus difficile, impossible, même quelles que soient les tractions opérées sur le cou, après l'abaissement du menton, et on se trouve en présence d'un cas de disproportion entre le fœtus et le bassin, comme si ce dernier était rétréci.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DE L'ATREPSIE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Dr Parrot,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

(6e et dernier article.)

Lésions pulmonaires. — Les lésions pulmonaires sont de deux ordres : elles consistent en des foyers de ramollissement dus soit à de la stéatose, soit à des thromboses veineuses.

1° Normalement les cellules épithéliales contiennent plus de graisse à la naissance qu'ensuite. Dans l'atrepsie on trouve les alvéoles remplies de graisse; il en résulte un ramollissement blanc du parenchyme et de l'emphysème qui est dû, en outre, aux inspirations profondes qu'on observe chez les nouveau-nés atrepsiés.

2° Il n'est pas rare de trouver de plus, des thromboses qui envahissent les artères pulmonaires de deuxième, troisième et quatrième ordre et déterminent le ramollissement rouge du parenchyme. On rencontre quelquefois dans le poumon de petites taches noirâtres gangréneuses et apoplectiques.

---

(1) Leçons recueillies par M. le Dr Schwartz et publiées dans la *France médicale.* Voir t. II, pages 53, 133, 224, 276 et 450.

Etat du sang. — Le sang de l'atrepsié est altéré, les thromboses en font foi.

Le sang du nouveau-né contient bien plus d'éléments figurés que le sang de l'adulte. En nombres ronds, si chez l'adulte le sang renferme 4,000,000 de globules par millimètre cube, le sang du nouveau-né en contient 5 à 6 millions (Parrot). Le sang du nouveau-né est moins noir, mais normalement cet état disparaît vite ; chez les atrepsiés, au contraire, il s'exagère. M. Parrot a compté jusqu'à 7 à 8 millions de globules. A l'autopsie on trouve une diminution absolue de la quantité du sang; jamais on ne rencontre de caillots fibrineux.

Outre ces lésions de quantité, il y a sans doute des altérations dans la qualité du sang. On ne trouve dans les autopsies que des caillots cruoriques, rouges ou grisâtres et ramollis. Les points grisâtres sont fournis par des leucocytes et non par de la fibrine. Les leucocytes augmentent, en effet, beaucoup de nombre ; c'est autour des globules blancs arrêtés par viscosité que les thrombus se forment.

Etat du cœur. — Les vaisseaux ne sont pas altérés en général. Le cœur est toujours envahi par la stéatose. On trouve également de la stéatose des muscles, plus souvent à droite, quelquefois aussi marquée que dans l'empoisonnement par le phosphore.

Nous devons étudier dans cette leçon les causes de l'atrepsie et l'enchaînement des faits pathologiques qui la constituent. C'est donc la synthèse de l'atrepsie que nous allons faire, la physiologie pathologique n'étant autre chose que la synthèse des maladies.

Quelles sont les causes de l'atrepsie? Elles sont de deux ordres :

1° Elles ont trait à l'individu même ;

2° Ou aux circonstances extérieures.

1° *Causes ayant trait à l'individu.* — *Age.* La première cause qui se présente à la pensée c'est l'âge du malade, puisque l'atrepsie est presque exclusive au nouveau-né ; premier fait à noter, c'est surtout chez les avortons qu'on observe l'atrepsie ; cette influence de l'état d'avorton est considérable ; tous les observateurs ont vu que les avortons résistaient beaucoup moins aux différentes causes déterminantes de l'atrepsie. Le nombre des avortons est beaucoup plus considérable dans les maternités et les hôpitaux

qu'à la ville. M. Bouchaud a vu à la Maternité que, sur 332 nouveau-nés morts, 125 étaient à terme, 205 n'étaient pas à terme; et pourtant ces derniers sont moins nombreux que les premiers : sur 1700 naissances, 641 ont lieu avant terme. Aussi presque tous les avortons succombent à l'atrepsie. Ces enfants sont soumis à deux affections qui favorisent l'atrepsie : l'ictère et l'anasarque. La faiblesse congénitale, assez difficile à définir, mais impossible à méconnaître, est encore une cause influente. Dans la faiblesse congénitale, la respiration est moins active, la digestion plus difficile, l'amaigrissement considérable ; toutes les fonctions ont subi un degré d'abaissement considéralc. La faiblesse congénitale se lie à l'état d'avorton et se rencontre chez les enfants nés avant terme beaucoup plus fréquemment que chez les autres. Les nouveau-nés à terme peuvent aussi être atteints de faiblesse congénitale, mais ce fait est assez rare ; quand ils en sont atteints, c'est un indice qu'ils ont déjà souffert dans leur nutrition, que l'atrepsie a commencé dans l'utérus, soit par le fait du père, soit par celui de la mère.

Les *malformations*, comme le bec-de-lièvre, la gueule-de-loup, empêchent ou gênent beaucoup la succion et la respiration et par conséquent favorisent l'atrepsie.

Sexe. — Les enfants du sexe féminin sont plus exposés à l'atrepsie que ceux du sexe masculin. M. Bouchaud a vu qu'il mourait plus de filles que de garçons, les filles naissent plus faibles.

2° *Causes ayant trait à des circonstances extérieures.* — *Saison.* La saison, à laquelle se rattache la température, a quelque influence, mais la saison a plus d'influence que la température, parce qu'on peut mettre les enfants à l'abri du froid, tandis qu'on ne peut les mettre à l'abri de la chaleur. Beaucoup d'enfants succombent aux affections gastro-intestinales pendant l'été, de juin à septembre. Il y a cinq ans, à la fin de juin, 21 nouveau-nés entrèrent en deux jours à l'hospice des Enfants assistés ; tous étaient très-beaux, à part deux ou trois ; tous succombèrent à l'atrepsie, à l'exception de deux. A cette époque de l'année, l'atrepsie est beaucoup plus rapide ; en quelques heures les nouveau-nés sont très-mal, ils *tournent*, comme disent ici les filles de salle, leur physionomie prend vite une coloration spéciale, qui indique que la mort est inévitable. M. Parrot attache donc une grande im-

portance aux conditions atmosphériques dans la production de l'atrepsie.

Habitation. — L'influence nosocomiale est l'influence capitale; mais que faut-il entendre par influence nosocomiale? Agit-elle par un virus spécial, par un principe miasmatique, comme le veut M. Hervieux, ou bien par un ensemble de circonstances secondaires, de causes communes? il est difficile de se décider; pourtant M. Parrot juge que M. Hervieux a singulièrement exagéré l'action d'un virus que personne n'a vu, et dont on ne peut affirmer, mais seulement soupçonner l'existence. Il croit que l'influence nosocomiale n'est que le résultat d'un groupement de causes qui isolément n'ont pas grande importance, mais qui réunies viennent accabler le nouveau-né.

Il faut aussi faire intervenir la question des nourrices et des mères. Voilà une mère malade après l'accouchement, l'enfant en pâtira; si elle est malade avant la montée du lait, celui-ci sera modifié en quantité et en qualité; si c'est après la montée du lait, la mère anémiée sera moins apte à donner le sein, son enfant en souffrira. La conformation des seins, du mamelon, les gerçures, les crevasses et les ulcérations qui affectent rapidement un mamelon trop court sont encore des causes fréquentes d'atrepsie. Ces causes sont encore bien plus fréquentes chez les nourrices; non chez les nourrices surveillées, mais chez les nourrices de campagne, éloignées de la famille, peu soigneuses. Cette énorme mortalité des nouveau-nés doit être attribuée, non à la syphilis, non aux maladies aiguës, mais à l'atrepsie. C'est l'atrepsie plus ou moins compliquée qui est la grande cause de la mortalité des nourrissons. C'est à ce genre de mort qu'on a donné le nom d'infanticide par inanition. Ce mode d'infanticide, M. Parrot le croit rare de la part des mères. Une mère peut bien dans un moment d'aberration mentale tuer son enfant violemment, d'un seul coup; mais l'infanticide lent, par inanition, cet infanticide qui dure plusieurs jours, se comprend beaucoup moins. Au contraire, l'infanticide par inanition est fréquent de la part des nourrices mercenaires.

Alimentation. — La cause la plus fréquente, la plus incontestable de l'atrepsie est due à l'alimentation qui peut pécher par qualité et par quantité. On dit souvent qu'un enfant meurt d'inanition, c'est une expression généralement défectueuse. L'inani-

tion vraie devrait tenir à l'insuffisance quantitative d'un lait, bon d'ailleurs, tandis que ordinairement c'est à la mauvaise qualité du lait et de la nourriture que tient la mort. Elle tient surtout à l'usage d'une alimentation artificielle, de lait de vache plus ou moins altéré, coupé d'aliments étrangers comme les bouillons, les potages....., etc.

Etiologie du tétanos des nouveau-nés. — Le tétanos des nouveau-nés n'est qu'une dépendance de l'atrepsie; les auteurs qui ont très-mal vu cette affection ont invoqué deux grandes causes: le traumatisme et le refroidissement.

1° On a attribué ce tétanos au contact du fer au moment de la section du cordon ombilical et à la phlébite. Cette opinion est absolument fausse. Jamais on n'observe de tétanos proprement dit dans la phlébite; les seuls phénomènes nerveux qui peuvent se développer alors sont des convulsions.

2° On a d'abord observé le tétanos aux Antilles et sur des négrillons, à l'époque des brusques transitions de température du jour à la nuit, où à des journées chaudes succèdent des nuits très-froides. Mais on l'a observé depuis en d'autres régions: en France, en Angleterre, sous tous les climats tempérés, dans les pays froids, même en Islande, partout enfin. Ainsi le tétanos des nouveau-nés se déclare dans toutes les conditions de température possibles; le climat est une cause adjuvante, comme la saison, maïs non une cause spécifique ni la cause principale de l'atrepsie. M. Charles West a prouvé qu'aux Antilles comme en Islande, l'air confiné, l'alimentation insuffisante, la saleté sont partout les causes du tétanos, comme de l'atrepsie dont il est une manifestation. Il a montré que le seul point commun aux négrillons et aux enfants d'Islande était l'atmosphère très-malsaine et les soins très-précaires. Ainsi M. Parrot range le tétanos des nouveau-nés à côté des convulsions des nouveau-nés Ce tétanos n'est pas une maladie particulière, c'est une pure conséquence de l'atrepsie; il n'y a donc pas de tétanos des nouveau-nés à proprement parler, et cette expression devrait être remplacée par celle de convulsions atrepsiques.

Physiologie pathologique. — Quelles que soient les causes de l'atrepsie, alimentaires ou cosmiques, les premiers troubles visibles saisissables se manifestent du côté des voies digestives. C'est par les fonctions digestives que le mal entre en matière. Les

premières altérations fonctionnelles sont la diarrhée et les vomissements. Il est probable que le sang est rapidement altéré, car la diarrhée amène une déperdition des liquides, enlève une certaine quantité de plasma au sang; c'est donc le sang qui est atteint immédiatement après le tube digestif ; le premier fait matériel est une altération du sang. Le sang se concentre, c'est le premier phénomène ; il en résulte des troubles circulatoires, le sang stagne, les éléments figurés deviennent relativement plus abondants, d'où la coloration rouge violacé, la teinte bleuâtre des extrémités, du pourtour de la bouche, des yeux. Ce sang ne peut plus nourrir l'organisme; l'état des fonctions digestives l'empêche de se réparer suffisamment, et d'autre part il fait des pertes exagérées : ces deux causes de dénutrition se combinent. Or le nouveau-né a justement besoin d'une alimentation abondante. C'est à ce moment de la vie que la nutrition est le plus active, où il faut le plus d'aliments. Mais si la nutrition est active, la dénutrition ne l'est pas moins; l'enfant qui ne se fait pas vite, se défait vite, ce qui explique la difficulté de le refaire ; les lésions marchent très-rapidement, une fois que l'équilibre est rompu. Cet état du sang détermine des troubles dans les sécrétions, l'urine diminue de quantité, les larmes cessent d'être sécrétées, et les yeux se sèchent; la salive diminue, et la bouche se sèche; elle devient acide, et il s'y développe du muguet. Cette altération se produit également dans l'estomac, dans l'intestin où le muguet peut prendre racine ; l'estomac devient le siége d'un état catarrhal; il s'ulcère, se couvre de fausses membranes. A cette étape des troubles gastro-intestinaux on peut donner le nom de période hémique. Puis le mal progresse, il entre dans une nouvelle phase ; ou arrive à une période plus avancée. C'est la période de dénutrition. Le sang s'altère de plus en plus, et les globules enx-mêmes commencent à se détruire. Les éléments des tissus, des muscles, de la peau, des os, des muqueuses disparaissent, parce que l'organisme a besoin pour survivre d'un certain nombre de principes qui sont puisés dans l'organisme même : il y a autophagie. L'autophagie s'en prend à tous les tissus ; les éléments azotés et les éléments graisseux sont consommés ; mais ce sont les azotés qui sont assimilés le plus facilement ; aussi la dénutrition du système musculaire est-elle plus rapide. Puis la graisse est prise à son tour, mais elle est plus difficile à oxyder que le muscle ; elle est consommée moins rapidement ;

le sang s'en remplit et il en dépose partout où il afflue. Ainsi s'explique le stéatose du poumon, du foie, du rein. La stéatose de l'encéphale se fait sur place, la graisse qui s'y dépose est prise *in situ* à l'encéphale lui-même, aux tubes à myéline. Cette stéatose est habituelle, mais elle n'est pas constante ; on ne la rencontre pas chez tous les enfants ; on la trouve surtout chez les enfants gras rapidement tués, chez les enfants surpris en pleine santé et jugulés avant que la graisse n'ait été consumée. Chez les enfants maigres, au contraire, et chez ceux qui se sont lentement consumés et sont morts à petit feu, on trouve peu de graisse, hormis dans l'encéphale par suite de ramollissement. On voit que la stéatose est une des parties les plus intéressantes à étudier dans l'atrépsie.

Lorsque l'organisme en est là, il a pénétré dans un cercle vicieux, fatal, dont il ne peut plus sortir. Les causes premières engendrent des effets qui deviennent causes à leur tour. Le poumon gras ne peut plus donner au sang l'oxygène nécessaire ; le rein gras ne peut plus servir d'émonctoire, épurer l'organisme : ces deux organes manquant, les individus ne peuvent revenir à la vie. Ces lésions sont irréparables et altèrent le sang davantage encore. Le sang, chargé des déchets de l'organisme dont il ne peut se débarrasser, est dans un état analogue à celui des urémiques ; il est profondément toxique. D'abord il stagne dans tous les viscères, dans l'encéphale, dans la moelle. Le sang renfermant des leucocytes en grand nombre s'arrète et forme des thromboses dans les veines les plus importantes, dans le rein, l'encéphale, les artères pulmonaires, viscères indispensables. Il en résulte encore du côté de l'isthme encéphalique des congestions, des irritations et un état encéphalopathique particulier. Le bulbe se révolte, et on observe des convulsions urémiques et un coma qui dépend de la congestion des centres par un sang visqueux. Le ramollissement, les hémorrhagies encéphalique et pulmonaire sont la même origine, et s'expliquent de la même façon.

Réflexions. — Il est important de rapprocher ces lésions des centres nerveux de celles des autres âges, surtout de celles qu'on observe chez les vieillards. Chez eux principalement, le ramollissement et l'hémorrhagie cérébrales sont fréquents, et il semble que c'est aux deux extrémités de la vie, chez les atrepsiés et les vieillards, que ces accidents se produisent de préférence.

Chez le nouveau-né, c'est ordinairement une thrombose veineuse, le plus souvent périphérique qui détermine un œdème cérébral, puis une rupture des vaisseaux. Chez les vieillards, les hémorrhagies sont centrales, occupant le plus souvent la substance grise, et dues, non à des lésions veineuses, mais à des altérations artérielles; il s'agit d'une artérite avec atrophie de la tunique muqueuse et sclérose des autres tuniques; le sang et les veines ne sont pour rien dans l'accident, ce n'est plus le contenu, c'est le contenant qui détermine l'hémorrhagie. Pour le ramollissement des différences analogues existent : chez l'enfant il est dû surtout à la stéatose et à la thrombose veineuse; chez le vieillard, ce sont encore les artères, c'est l'athérome qui est en cause. Mais, chez les uns comme chez les autres, la cause première de toutes ces affections est la dénutrition de l'organisme; seulement, cette dénutrition est rapide, aiguë chez le nouveau-né atrepsié; elle est très-lente, chronique chez le vieillard, où elle se traduit par l'usure de tous les organes. Dans la vie intra-utérine, c'est le cœur droit qui est le plus souvent malade ; cette prédisposition morbide se continue chez le nouveau-né ; les veines sont aussi la portion de l'arbre circulatoire qui offre les plus fréquentes lésions, non qu'elles soient lésées elles-mêmes, mais leur contenu sanguin l'est. C'est dans le système circulatoire veineux que se trouve le sang le plus altéré.

En somme, dans l'atrepsie, il y a un fait dominant. Tout vient d'un trouble de nutrition, léger au début, constitué alors par un simple défaut d'assimilation, mais s'aggravant rapidement, et donnant à la maladie son cachet spécial. Là est le pivot, là est le phénomène capital de la maladie, d'où le nom d'atrepsie, signifiant défaut de nutrition ou dénutrition, donné par M. Parrot à cet ensemble pathologique.

DE L'ÉLIMINATION NATURELLE ET ARTIFICIELLE DES TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES SESSILES (INTRA-PARIÉTALES).

Par le Dr Männel (de Dresde).

(Viertel Jahrsch. für die prakt. Heilk, 1874.

(Traduit de l'anglais, par le Dr GILLETTE.)

The American Journal of obstetrics and diseases of Women and Children, de Paul F. Mundé, publie, dans le n° de nov. 1874, un

long exposé sur un travail du Dr MÄNNEL, de Dresde, renfermant des faits intéressants, curieux, extraordinaires même, appelés à jeter une vive lumière sur une méthode hardie de thérapeutique des corps fibreux interstitiels, qui aura de la peine à se vulgariser, au moins dans notre pays, car elle nous semble, dans bien des cas, sortir des limites de prudence que ne doit pas franchir tout chirurgien honnête et consciencieux. Nous traduisons textuellement.

D'après Cruveilhier, tout fibrôme utérin a sa face intra-utérine recouverte d'une membrane muqueuse et d'une couche plus ou moins épaisse de tissu musculaire, parfois même cette couche est microscopique : aussi n'existe-t-il pas de fibrômes sous-muqueux réels. Entre la couche musculaire et la tumeur, il y a un tissu conjonctif lâche qui permet de l'énucléer avec plus ou moins de facilité.

La question de la résorption de ces masses morbides par des médicaments internes est jugée, car de semblables exemples ne sont très-probablement que des faits d'hyperplasie de l'utérus ou d'exsudations plastiques situées dans son voisinage. La disparition de l'œdème de la tumeur ou l'issue considérable de fluides (durant le choléra, Chiari) a pu donner le change et faire croire à une diminution réelle dans le volume du corps fibreux, ce qui, en général, n'est que temporaire, comme on peut souvent s'en convaincre après chaque période menstruelle.

Le seul cas authentique de disparition totale, non douteuse, d'un fibrôme (volume de tête d'enfant) dans des conditions non puerpérales, a été indiqué par Mathews Duncan, comme ayant été le résultat de l'énucléation spontanée et de l'expulsion de la tumeur sans que le malade en ait eu conscience.

Quant à la diminution du volume et même la disparition complète des fibrômes dans l'état puerpéral, c'est un fait hors de doute. Depaul, Tarnier et Guyon (*Gaz. hôpit.*, 1869) sont d'avis, en pareil cas, que les causes à invoquer sont la diminution de l'apport du sang et la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires utérines qui retentit également sur celles du produit morbide. West est d'une opinion différente. Scanzoni, Lorain et Alling rapportent des cas analogues.

L'élimination du fibrôme, parfois, résulte de la *mortification* de la tumeur qui commence, en général, par le fait de quelque lésion superficielle ou de la constriction de la partie inférieure de la masse par l'orifice utérin ; elle s'étend à tout le segment supérieur qui se trouve envahi et ramolli par la suppuration jusqu'à ce que le produit morbide tout entier soit détruit et expulsé sous forme de détritus ou par

fragments. La part active que l'économie tout entière prend à ce mode d'élimination, les dangers de péritonite et de septicémie le rendent fort dangereux.

Divers cas ont été rapportés par Säxinger, Chiari (4 cas, 2 morts), Lee, Chassaignac, Demarquay, Baker-Brown, Kristeller, C. Braun. West a déterminé la gangrène partielle d'un fibrôme de la grosseur d'un enfant de 7 mois dans un un utérus gravide; la femme mourut le sixième jour. Spiegelberg rapporte un cas analogue. Retzius fut le premier à mettre avec intention cette pratique en usage : il appliqua le cautère actuel à une petite profondeur et répéta l'opération deux fois à un intervalle de quinze jours; la tumeur diminua de volume et on n'observa aucun trouble constitutionnel. Baker-Brown s'efforça d'enlever la totalité de la tumeur par morceau à l'aide de la gouge : il y détermina, de cette manière, une inflammation intense et une élimination suppurative du fibrôme. Janger (*Gaz. de Strasb.*, 1837), fit de profondes incisions dans la tumeur, les toucha avec le caustique lunaire et en répétant l'opération sept ou huit fois dans l'intervalle d'une semaine, finit par détruire la masse morbide en entier. L'injection d'une solution de nitrate d'argent dans la tumeur, avec la seringue hypodermique, produirait, sans aucun doute, le même résultat. Les dangers auxquels exposent toutes ces méthodes, sont la pyohémie, la septicémie, la péritonite, la thrombose veineuse et la mort par *exhaustion.*

Les incisions profondes de Baker-Brown dans le col sont utiles pour arrêter les hémorrhagies et amener une diminution dans la masse de la tumeur : elles agissent en prévenant la constriction de la partie inférieure de cette dernière par le col et, par conséquent, en y empêchant les congestions veineuses et la métrorrhagie. Sims croit que le bénéfice de ces incisions est le résultat de l'endométrite qu'elles déterminent et qui agglutine les surfaces contiguës de la tumeur. Männel pense que si c'est là la cause bien réelle, cette agglutination devrait être bien plus commune, si on considère combien sont fréquentes aujourd'hui les incisions bilatérales du col. La méthode de la discision, outre qu'elle est dangereuse, est incertaine, car Chiari a réfuté l'opinion de Kidd, qui veut que la destruction de la tumeur suive toujours, en relatant un fait dans lequel le fibrôme d'un moignon a guéri sans aucune action inflammatoire : Männel rapporte tout au long un cas identique.

L'expulsion spontanée (énucléation) des fibrômes peut aussi être le résultat des contractions utérines; si une éraillure se produit particulièrement à la suite des couches, ou sous l'influence d'une cause quelconque, souvent inconnue, les contractions de la matrice agrandissent l'ouverture, repoussent la tumeur et l'énucléent graduellement. Tous les polypes fibreux, sans enveloppe muqueuse, ont cette origine.

Mathews Duncan et l'auteur de ce mémoire relatent deux faits de cette nature.

Michauk (*Dissert.*, Leipzig, 1866) décrit un cas dans lequel un fibrôme pesant plus d'une livre fut expulsé quarante-quatre jours après l'accouchement. Le côté gauche de la tête de l'enfant avait été aplati par la pression de la tumeur, et ce fut probablement quelque blessure de sa coiffe enveloppante qui en détermina l'expulsion.

Danyau et Langenbeck ont énucléé de gros fibrômes du col qui mettaient obstacle à l'accouchement; Kiwisch et Senderling ont également enlevé, avec les doigts, une tumeur fibreuse de la cavité utérine coïncidant avec une hémorrhagie *post partum*.

Henry Yeld (*Brit. med. journ.*, june, 3, 1871) pratique l'ablation d'un fibrôme pesant 2 kilogrammes, et mesurant 20 centimètres de circonférence, chez une femme, immédiatement après l'accouchement.

Ramsey put enlever une tumeur de même nature, du poids de 1 kilogr. 1/4, après la délivrance, en faisant une ponction, puis en énucléant avec les doigts et en donnant l'ergot et l'opium.

Sims rapporte aussi le cas de Grimsdale dans lequel une hémorrhagie grave, provenant d'un fibrôme utérin, arriva au quatrième mois de la grossesse, et pour lequel le col fut dilaté par l'éponge préparée, la tumeur incisée et énucléée avec la main, le quinzième jour, lorsque la pyohémie semblait imminente. La conception eut lieu dans ce cas au bout de trois semaines, et, un an après l'opération, dans celui de Mathews Duncan.

Les ÉNUCLÉATIONS DES TUMEURS FIBREUSES dans l'utérus *non puerpéral* sont beaucoup plus nombreuses. Ce sont les chirurgiens français qui pratiquèrent les premiers ce genre d'opération sur le corps de l'utérus (Amussat 2, Maisonneuve 3, Boyer 1, Bérard 2 cas), et ils furent imités par les Américains (Atlee 11 cas), et les Anglais, parmi lesquels Mathews Duncan a érigé ce moyen en méthode rationnelle. Si les incisions du col et la division de la membrane muqueuse recouvrant la tumeur n'arrêtent pas l'hémorrhagie d'une façon permanente, l'énucléation et l'extirpation de la tumeur se font séance tenante : le col, si c'est nécessaire, étant profondément divisé pour permettre à la masse de s'y engager et de sortir. L'incision de la capsule du fibrôme est généralement pratiquée avec un bistouri à pointe mousse et à sa partie la plus déclive, suivant une direction correspondant au diamètre longitudinal de la tumeur (Duncan, Atlee). Marion Sims divise la membrane muqueuse transversalement à la jonction de la paroi de la matrice et de la tumeur, et procède ensuite directement à l'isolement de cette masse de la paroi utérine.

L'auteur a adopté ce même plan dans ses deux cas, parce que, excepté une petite portion qui faisait saillie dans la cavité utérine, le

gros du produit morbide était profondément englobé par le tissu musculaire. La division de la capsule est imprudente, si le fibrôme fait saillie à la manière d'un cylindre dans la cavité de l'utérus : il est préférable, en ce cas, de procéder à son énucléation d'avec la paroi de la matrice elle-même. Si la tumeur fait une saillie semi-sphérique dans cette cavité, la section capsulaire est indiquée, parce qu'on peut espérer énucléer la masse à travers l'incision qui, du reste, ne donne, en général, que très-peu d'écoulement sanguin (Meadows mentionne une exception). Habituellement les menstrues sont plus abondantes jusqu'à ce que la tumeur soit complètement enlevée, ce qui doit être attribué à la déchirure des veines de la grosseur d'une plume qui sont sous la membrane muqueuse.

Duncan a vu un exemple de cette nature, Sims n'a eu à observer aucune menstruation exagérée dans un cas où l'énucléation dura six mois. Cette énucléation est faite à des intervalles divers, de quelques jours (Duncan, Sims, Gusserow), de quelques semaines ou de plusieurs mois (Sims, Meadows), en introduisant, soit l'index et le médius, soit une sonde (Sims), entre la tumeur et l'utérus, et les faisant mouvoir jusqu'à ce que les adhérences soient déchirées d'une façon complète; de nouvelles adhérences peuvent s'établir pendant ce laps de temps, et demandent aussi à être divisées comme les anciennes (Duncan, Mc Clintock, Sims, Männel). Spiegelberg a essayé de prévenir leur formation en introduisant des bandelettes de lin oléo-phéniquées, mais sans obtenir un succès bien certain.

Diverses circonstances nous forcent de laisser de côté ce mode d'énucléation, lent et gradué, qui est le plus naturel et le moins dangereux, pour avoir recours à l'ablation rapide et immédiate de la tumeur : telles sont l'hémorrhagie, la gangrène de la masse fibreuse, la septicémie, l'*exhaustion* (Duncan, Gusserow, Männel en rapportent des exemples). La gangrène de la tumeur arrive le plus habituellement, durant le processus suppuratif, spontané et éliminateur, bien que rarement à la vérité. La portion restante d'un fibrôme extirpé seulement en partie semblerait devoir être plus sujette à la suppuration ; mais il existe un grand nombre d'exemples qui prouvent le contraire (Langenbeck, Chiari, Chrobak ont fourni des cas dans lesquels la suppuration ne s'est établie qu'après une troisième tentative d'extirpation d'une partie de la tumeur) : une portion seulement de la tumeur fibreuse sera enlevée en raison du volume considérable de la masse totale ou de la pression qu'elle exerce sur les organes environnants : parfois il est nécessaire d'en extraire le segment inférieur pour pouvoir atteindre et enlever la partie la plus élevée, soit dans la même séance, soit plus tard (Maisonneuve, Retzius). L'hémorrhagie, dans ces cas, peut être très-considérable : Sims et Velpeau ont perdu des malades en agissant de cette manière. Spiegelberg, Chrobak et Dun-

can ont observé également un écoulement abondant; Scott et Hall Davis, cependant, ne font mention que d'hémorrhagies très-peu considérables, après l'ablation de tumeurs du poids de 2 livres et de 1 livre, par l'incision, l'écraseur et la main, en trois segments, dans la même séance.

Duncan arrêta l'hémorrhagie, dans un exemple, en enlevant un segment de la tumeur: Hutchinson, dans un cas, M. Clintock et Denham, dans trois autres, n'ont pas été aussi heureux.

L'ablation partielle du fibrôme ne semble guère indiquée que si elle est bientôt suivie de l'enlèvement complet. En thèse générale, il n'y a pas lieu d'espérer la diminution de la métrorrhagie.

Courty rejette les extirpations partielles et les considère comme mortelles: cette opinion est évidemment erronée.

West, dans son *Traité des maladies des Femmes*, donne une liste à peu près complète de toutes les énucléations totales des fibrômes du *corps de l'utérus* jusqu'en 1858, sans y comprendre les polypes et les fibrômes pédiculés, ainsi que ceux du col. Männel a essayé de compulser tous les faits d'énucléation omis par West ou pratiqués depuis. L'opération fut exécutée, dans tous les cas, excepté deux, pour des métrorrhagies violentes; dans un des siens et dans celui de Gasserow, elle fut pratiquée pour la compression des organes voisins.

Les cas sont au nombre de 22; énucléation totale, 17; partielle, 5. *Totale :* Grimsdale, Henry Yeld, Senderling, Kiwisch, Ramsey, Retzius, Scott, B. Langenbeck, J. Hall Davis, Gusserow, R. Chrobak, Mathews Duncan (5 cas), Männel : *partielle*; Marion Sims, Spiegelberg, Männel, Müller (2 cas). Dans tous ces exemples, sauf ceux de Sims, Chrobak et Spiegelberg, l'hémorrhagie, durant l'opération fut très-minime; deux fois (Spiegelberg et Männel) il survint une hémorrhagie secondaire sérieuse. Trois cas seulement se sont terminés par la mort (Sims, Yeld, Spiegelberg) (1), et c'est là certainement un très-joli chiffre; malheureusement bien des cas d'insuccès n'ont, sans aucun doute, jamais été publiés. West a réuni 27 cas, dont 14 furent suivis de mort; en tout 49 cas dont 32 succès et 17 morts.

Les causes de ces derniers furent l'*exhaustion*, l'hémorrhagie abondante (Chiari perdit sa malade vers le trente-sixième jour), la septicémie, la thrombose de la veine iliaque (Baker-Brown), la péritonite.

Nous rapporterons brièvement, à ce propos, le travail si intéressant et si remarquable « sur les fibrômes intra-utérins » du Dr J. Marion

---

(1) Dans un des cas de Müller, la mort arriva le seizième mois, aqrès une nouvelle opération pour une dégénérescence sarcomateuse récente de la tumeur; c'est pour cette raison que cette mort ne figure pas au contingent des insuccès de l'extirpation des fibrômes utérins.

Sims, publié dans *The N. Y. Medical Journal*, avril 1874. Le Dr Sims relate en détail six cas de gros fibrômes utérins intertitiels qu'il a enlevés avec succès et deux autres cas dans lesquels la mort suivit l'opération, un dans lequel la malade succomba à l'introduction de l'éponge préparée (un abcès s'étant ouvert dans la cavité péritonéale et ayant déterminé une péritonite) et un autre dans lequel la même manœuvre ayant été suivie de troubles généraux fort graves, la malade eut grand'peine à échapper à la mort.

Les règles qui guident dans l'extirpation artificielle des fibrômes intra-utérins sont les suivantes : 1° la cavité du col doit être largement ouverte ; 2° la tumeur doit être débarrassée de la capsule enveloppante qui l'emprisonne.

Le *modus operandi* est le suivant : la malade est placée dans les meilleures conditions hygiéniques possibles : 1° le col est largement ouvert, pendant la nuit qui précède l'opération, par l'introduction de cinq ou six morceaux d'éponge préparée ; la patiente est alors placée sur le côté gauche dans une demi-pronation et le vagin maintenu béant avec le spéculum de Sims ; 2° la partie de la tumeur qui se présente est saisie dans son point le plus déclive avec une forte griffe et attirée en avant ; 3° la capsule de la tumeur est ouverte avec des ciseaux au niveau de ses insertions sur la région postéro-latérale du col, et ici nous devons éviter de disséquer la muqueuse du col, mais bien la couper carrément : le doigt indicateur est alors introduit par l'ouverture produite entre la tumeur et cette capsule dont on doit repecter les attaches aux parois utérines. Cette enveloppe sera divisée tout autour et tout près des lèvres du col ; 4° pendant que la masse maintenue solidement et attirée en avant par les mors de la pince, l'*énucléateur* (crochet rectangulaire à pointes mousses) est poussé rapidement en haut entre la tumeur et la capsule le plus profondement possible dans diverses directions (1), jusqu'à ce qu'on ait déchiré tout le tissu conjonctif et les bandes solides de tissus fibreux qui les réunissent. Aussitôt que ce temps est effectué ; 5° un double crochet (crochet-tumeur) est introduit le long de la face postérieure du fibrôme aussi haut que possible dans la cavité utérine, puis on attire la masse en bas en lui imprimant un léger mouvement de torsion sur son axe, et en se servant encore de l'énucléateur pour achever la séparation de la tumeur de son enveloppe. A mesure qu'elle s'abaisse graduellement, le crochet est porté plus haut et on finit par la faire complètement sortir de son lit et l'amener près des organes génitaux. Si l'orifice du col n'est pas suffisamment dilaté pour permettre son passage, on pratique sur ce col une incision bilatérale ou

(1) Le mot anglais employé *sweep*, ramoner, balayer, fait bien comprendre le mouvement circulaire qu'on imprime à l'énucléateur tout autour de la tumeur.

bien une autre cruciale au-dessous du point d'insertion du vagin. 6° Une fois que la tumeur est enlevée, on coupe avec des ciseaux les fragments qui se sont détachés et qui restent et on tamponne la cavité utérine pendant vingt-quatre ou trente-six heures avec le coton au perchlorure de fer. Lorsqu'il y a un écoulement fétide et des phénomènes de septicémie, les fréquents lavages avec de l'eau tiède phéniquée seront largement recommandés. Les particularités individuelles de chaque cas apporteront certaines modifications dans le manuel opératoire.

M. le Dr Männel a certainement mis en relief plusieurs faits de grande chirurgie fort intéressants, mais nous ne saurions regarder sa statistique comme rigoureuse ou tout au moins comme donnant exactement la moyenne de la mortalité dans les cas d'*énucléation de fibrômes utérins intra-pariétaux*. En effet West sur 27 cas accuse 14 morts (près de la moitié!), tandis que le Dr Männel en recueille 21 qui ne donnent que 2 morts! La disproportion de ces deux statistiques est trop énorme pour qu'on ne puisse affirmer qu'un grand nombre de cas suivis d'insuccès sont restés prudemment dans l'ombre et n'ont jamais été publiés.

De plus, pour entraîner notre conviction, l'auteur nous fait-il connaître, au moins brièvement, chacune de ces 22 observations? Nous montre-t-il dans quelles conditions l'opération a été effectuée? Quels ont été le volume, la situation du fibrôme, la profondeur à laquelle il était fixé aux parois utérines? nous décrit-il les accidents auxquels avait donné lieu la tumeur? nous met-il devant les yeux les résultats définitifs? justifie-t-il en un mot l'opportunité de chacune de ces graves opérations? Point du tout. Il se contente d'affirmer que les cas sont au nombre de 22, dont 3 morts (énucléations 17, partielles 5) et de citer les noms des opérateurs; Grimsdale, Henri Yeld, Senderling, Kiwisch etc.

Pour nous, nous ne doutons pas de l'exacte vérité de ces faits avancés par l'auteur, mais d'autres, moins crédules, seront peut-être plus exigeants.

Une méthode qui a donné 14 morts sur 27 opérés, sans compter les cas restés inconnus, ne peut évidemment être considérée, comme *méthode générale* : tout au plus serait-elle une *méthode exceptionnelle*, que le chirurgien n'est en droit de mettre en pra-

tique, que si des accidents plus graves que l'opération et en particulier l'hémorrhagie, viennent à en justifier l'application.

D'autre part, étant donné un fibrôme du corps de la matrice faisant même une saillie assez prononcée dans la cavité, peut-on être toujous sûr qu'elle n'est qu'intra-pariétale et qu'une partie plus ou moins volumineuse n'est pas sous-péritonéale, disposition qui exposerait inévitablement à l'ouverture de la grande cavité séreuse? Est-il facile aussi de préjuger si la masse fibreuse est simple ou composée? Nous savons en effet que dans ce dernier cas l'énucléation ne peut se faire qu'avec les plus grandes difficultés en raison des capsules secondaires que l'enveloppe générale envoie à chacune des petites masses dont se compose le corps fibreux.

En dehors de l'état puerpéral, M. le Dr Männel ne croit pas (et il a certainement raison) à la disparition spontanée des tumeurs fibreuses puisqu'il dit que le seul cas authentique de disparition totale non douteuse d'un fibrôme (volume d'une tête d'enfant) a été regardée par Mathews Duncan comme ayant été le résultat de l'énucléation spontanée et de l'expulsion de la tumeur sans que la malade en ait eu conscience. Il sait cependant mieux que nous que, la ménopause établie, s'ils ne s'atrophient pas entièrement, ces corps fibreux restent au moins parfois stationnaires dans leur développement et que les femmes n'en éprouvent alors aucune gêne bien considérable. M. George H. Kidd M. D. (*Sur les tumeurs fibreuses de l'utérus. Journal des sciences méd.* de Dublin, août 1872) cite en outre un cas manifeste de disparition complète de tumeur fibreuse; il est vrai que, dans cette observation, on avait plutôt affaire à un fibrôme sous-péritonéal qu'à un corps interstitiel.

Dussions-nous passer pour un chirurgien craintif, nous confessons notre étonnement, notre frayeur même, quand nous voyons certains praticiens anglais, à propos du traitement des corps fibreux utérins interstitiels, annoncer comme méthode éminemment classique le *gouging* (action de creuser, de travailler avec la gouge) *l'énucléation*, etc., comme s'il s'agissait, simplement de petites tumeurs extérieures, de kystes dermoïdes de lipômes, etc.

L'incision du col ou celle de l'enveloppe du fibrôme et des fibres utérins sous-jacentes que Nélaton a conseillée, espérant que la tumeur ferait hernie et proéminerait dans la cavité, nous paraîtraient plutôt indiquées, avant d'avoir recours d'emblée à la méthode préconisée par les Drs Mathews Duncan et Männel. En terminant ces quelques remarques critiques, nous ne saurions mieux faire que de rappeler le jugement porté sur cette *méthode d'énucléation* par M. Gallard que plusieurs chirurgiens ont accusé de témérité parce qu'il était allé lier avec succès jusque dans la cavité utérine plusieurs *fibrômes qui n'étaient cependant que pédiculés*.

« Quant à l'énucléation, je dois dire que, si quelques succès, « enregistrés à grand bruit, témoignent de l'habileté de ceux « qui les ont obtenus, des accidents mortels plus nombreux et « qui ne sont probablement pas tous connus, démontrent que ce « n'est pas là une opération que doive tenter un praticien sou- « cieux de la vie de ses malades. »

Dr GILLETTE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Corps fibreux de l'utérus. — Nous avons publié dans le numéro de décembre des *Annales de gynécologie* (1) une observation de tumeur fibreuse insérée sur le fond de l'utérus, et enlevée à l'aide de la chaîne d'écraseur. Il en était résulté une ouverture du péritoine et une péritonite subaiguë rapidement mortelle. Nous allons rapporter la discusion qui eut lieu à ce sujet, à la Société de chirurgie, dans la séance du 2 décembre 1874.

M. TILLAUX. Je désire appeler spécialement votre attention sur l'évolution bizarre de quelques-unes des tumeurs de l'utérus, évolution pouvant entraîner certains écarts curieux dans le diagnostic et aussi sur le traitement qu'il convient d'apporter aux fibroïdes de gros volume implantés sur le fond de la matrice.

(1) Voyez t. II, p. 401.

Je dirai d'abord qu'il existe des corps fibreux d'un assez petit volume pour pouvoir sortir et rentrer de temps en temps spontanément dans l'intérieur de la cavité utérine. On conçoit combien ce fait peut amener de divergences dans l'opinion de chirurgiens appelés à examiner une malade à l'un ou à l'autre moment. J'ai entendu M. le professeur Pajot raconter à ce sujet les pérégrinations d'une malade allant successivement chez plusieurs célèbres praticiens qui affirmaient les uns après les autres l'absence d'un polype fibreux utérin.

L'an dernier, j'eus occasion d'examiner, dans mon service à Lariboisière, une malade de ce genre. Il existait, en dehors du col utérin, une tumeur fibreuse du volume d'une noix environ. L'opération fut fixée au lendemain. La malade est amenée à l'amphithéâtre, et, après avoir décrit le procédé opératoire, je me mis en demeure d'opérer. Le polype avait disparu, et je dus attendre qu'il voulût bien apparaître de nouveau, d'autant plus qu'il n'entraînait pas d'accidents actuels.

Ce sont donc là des polypes logés dans la cavité utérine, et qui en sortent de temps en temps sous l'influence des contractions de la matrice, surtout vers l'époque menstruelle.

Il en est une autre variété, plus curieuse encore, et que fera bien comprendre l'histoire du fait suivant :

En 1873, j'opérai, avec mon ami le Dr Métivier, une dame atteinte d'un polype fibreux de l'utérus. La tumeur était gangrenée à la surface et avait donné lieu à quelques phénomènes d'infection putride. Elle était franchement pédiculée, aussi l'opération fut-elle aisément conduite à bien avec un écraseur courbe, et la malade recouvra une santé parfaite.

Au mois d'août dernier, une année environ après la première opération, la malade revint chez moi, accusant des phénomènes analogues à ceux qu'elle avait antérieurement éprouvés. Elle redoutait l'existence d'un nouveau polype.

Je fis un examen aussi complet que possible; je pratiquai même le cathétérisme utérin, et je constatai que la cavité utérine était absolument libre et de dimensions normales. J'affirmai donc à la malade de la manière la plus catégorique qu'elle n'avait pas de polype.

Quelques jours plus tard, M. le Dr Métivier examinait la malade et constatait la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule remplissant tout le vagin,

D'où venait ce nouveau polype? Il n'était certainement pas renfermé dans la cavité de la matrice, puisque je l'avais explorée dans tous les sens. La seule explication rationnelle me paraît être la suivante : Le corps fibreux était situé dans les parois de l'utérus, au-dessous de la muqueuse, et au voisinage du col. Sous l'influence d'une contraction utérine violente sollicitée par l'application de tampons que j'avais conseillés à la malade, le fibroïde avait été brusquement expulsé au dehors de la cavité utérine.

L'opération fut, comme la première fois, des plus simples et d'une guérison rapide.

Il n'en a malheureusement pas été de même dans le troisième cas qui me reste à relater.

Le résultat a été fatal, puisqu'il a entraîné la mort de la malade dans l'espace de quarante-huit heures, et cette issue funeste doit être mise sur le compte de l'opération, car une portion du fond de l'utérus fut enlevée avec la tumeur.

Ces cas malheureux étant ceux qui portent avec eux les enseignements les plus profitables, je vous demande la permission de vous faire connaître celui-ci avec quelques détails.

Je dirai à ma justification qu'il s'agissait d'un de ces fibroïdes énormes tout à fait exceptionnels, ainsi que vous le pouvez constater par l'examen de la pièce; de ces tumeurs dont l'extirpation s'impose par les accidents qu'elles déterminent, et pour lesquels la médecine opératoire ne peut tracer d'avance aucune règle précise.

Mme X... (1), âgée de 33 ans avait éprouvé les premiers accidents sous forme de métrorrhagies il y a six ans. A plusieurs reprises, elle avait dû garder le lit pendant des mois entiers, et une fois pendant six mois. Peu à peu son ventre se développa, et elle sentit une tumeur envahir le vagin et descendre jusqu'à la vulve. La tumeur faisait même saillie à l'extérieur aux époques mensuelles et provoquait des douleurs expulsives analogues à celles de l'enfantement.

Lorsque j'examinai la malade, je constatai l'existence d'une tumeur utérine remontant un peu au-dessus de l'ombilic et faisant saillie à la vulve, absolument comme une tête de fœtus. Elle remplissait tout le petit bassin, en sorte qu'il était impossible d'introduire le doigt entre la surface et les parois du vagin pour constater ses rapports avec le col. D'ailleurs, il était évident qu'elle occupait la cavité de la matrice tout entière. Mais où était le point d'implantation. Rien ne pouvait en donner la moindre idée.

La tumeur était donc fortement enclavée dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum, qu'elle comprimait.

Après avoir mûrement réfléchi au meilleur procédé opératoire à mettre en usage, je procédai à l'extirpation, mercredi dernier, de la manière suivante :

La malade étant endormie, j'implantai dans la tumeur des pinces de Museux et exerçai des tractions. Celle-ci ne furent d'abord suivies d'aucun résultat. Je me disposais à pratiquer à la vulve de petites incisions latérales, à employer le forceps, dont je m'étais muni, et au besoin le céphalotribe, et même à enlever, comme cela a été fait

(1) Cette observation a été publiée dans tous ses détails dans notre numéro de décembre; voir t. II, p. 461.

dans les cas analogues, une tranche de la tumeur pour en diminuer le volume, lorsque je la sentis s'engager et sortir à l'extérieur: mais le périnée avait cédé, bien que les tractions fussent modérées. Je dois dire que la malade, très-affaiblie par ses pertes et ses souffrances antérieures, avait les chairs très-pâles et peu résistantes.

La tumeur que vous voyez sortit alors à l'extérieur.

De nouvelles difficultés, que j'avais d'ailleurs prévues, se présentaient. Où était le pédicule, ou plutôt le point d'implantation, car, ainsi que vous pouvez le constater, la tumeur était sessile; où finissait la tumeur, et où commençait l'utérus? L'implantation avait-elle lieu sur le fond de la matrice, sur une de ses parois ou sur une des lèvres du col? Dans l'hypothèse d'une implantation au fond de l'utérus, celui-ci était-il retourné en doigt de gant et compris dans le centre de la tumeur? Ce dernier problème surtout, vous le comprenez, me préoccupait à un haut degré, et, dans l'impossibilité où j'étais de le résoudre à l'œil et au toucher, je pratiquai à la surface de la tumeur une incision longitudinale profonde, et je pus constater, en saisissant la masse entre les deux index, au fond de cette insision, qu'il n'y avait aucun corps inclus.

Je me proposais également, par cette incision, de m'assurer s'il existait, au-dessous d'une couche de tissu utérin plus ou moins épaisse, un fibroïde énucléable, ce qui n'existait pas au *verso*.

J'eus la mauvaise inspiration d'appliquer, sur le point que je venais d'inciser, une chaîne d'écraseur, au lieu de continuer la section avec le bistouri ou les ciseaux. J'espérais éviter ainsi la section de gros vaisseaux qui ont été parfois signalés au point d'insertion des corps fibreux sessiles. La chaîne de l'écraseur glissa, comme cela a toujours lieu, jusqu'à l'extrémité de la tumeur, et la section s'opéra assez rapidement.

Je n'eus même pas le bénéfice de l'hémostase, car la surface de section fournit aussitôt une quantité considérable de sang que j'eus peine à arrêter.

Aussitôt la tumeur enlevée, j'avais été quelque peu effrayé du morceau d'utérus qui lui était accolé, mais la surface externe m'avait paru tapissée par une muqueuse et non par le péritoine, en sorte que j'eus l'espoir que ce n'était autre chose qu'un morceau de la lèvre du col hypertrophié qui avait donné naissance à la tumeur.

La journée fut relativement satisfaisante, mais une violente péritonite éclata dans la nuit, et la malade succomba quarante-huit heures après l'opération.

L'autopsie nous a révélé que l'utérus était troué vers son fond.

J'ai donc eu affaire à un fibroïde sessile, énorme, appendu au fond de l'utérus, non énucléable, dont les fibres se continuaient avec celles de l'utérus sans aucune ligne de démarcation.

Sous l'influence des tractions exercées sur la tumeur, l'utérus s'était laissé déprimer en cul de bouteille, et c'était cet organe lui-même qui formait, en réalité, le pédicule du fibroïde sur lequel avait glissé la chaîne de l'écraseur.

Une conséquence pratique importante me paraît ressortir de ce fait malheureux: c'est que l'écraseur linéaire, cet instrument si utile à l'extirpation des tumeurs pédiculées de l'utérus, est d'un emploi dangereux quand il s'agit de tumeurs sessiles et que celles-ci doivent être détachées couche par couche et au bistouri.

M. Tarnier. J'ai demandé la parole pour présenter quelques réflexions sur les deux premiers faits rapportés par notre collègue. Les faits de polypes dits intermittents sont bien connus et ne constituent pas, par conséquent, une rareté : tous les chirurgiens en ont observé. Le second fait relatif au polype qui fait tout à coup procidence dans le vagin, sans que sa présence préalable dans l'utérus ait pu être constatée, me paraît difficilement explicable, et il me paraît impossible d'admettre la transformation de l'état sessile en forme pédiculée. Ce travail, quand il se produit, est toujours d'une longueur extrême. M. Tillaux s'est servi dans son exploration de l'hystéromètre; or, il est impossible de sonder à l'aide de cet instrument l'intérieur de l'utérus comme on explore la vessie à l'aide d'une sonde. Je suis donc convaincu, pour ma part, que notre collègue a passé à côté ou au-devant du polype utérin.

M. Duplay. Je crois également que l'intermittence de certains polypes est un fait de notoriété commune; je doute aussi beaucoup, pour ma part, de l'explication donnée par M. Tillaux pour légitimer l'apparition brusque d'un polype gros comme un œuf dans la cavité vaginale. Je crois que l'exploration utérine est beaucoup plus difficile que l'exploration de la vessie. Quant au cas malheureux cité par notre collègue, je ne critiquerai pas le procédé qu'il a mis en usage; il est probable que j'eusse agi comme lui. Pourtant je crois que, lorsqu'on opère un polype fibreux de la matrice, il est dangereux de faire des tractions qui peuvent, dans certains cas, déterminer des inversions. Je crois qu'il vaut mieux morceler la tumeur et arriver le plus près possible de son point d'implantation. J'ai opéré deux ou trois gros polypes fibreux, un entre autres avec M. Lasègue. Il était absolument inclus dans la cavité utérine. J'ai pu me faire de la place en le morcelant comme je le disais.

M. Guéniot. Je n'ai que peu de choses à ajouter. Je voulais seulement rappeler un fait remarquable qui a été présenté à la Société anatomique, et qui consistait en un angiome intermittent, qui paraissait ou disparaissait, suivant l'état de congestion ou de non congestion de l'utérus. L'origine interstitielle de la tumeur dont nous a parlé M. Tillaux me paraît absolument improbable. Il est à présumer que ce po-

lype était pédiculé dans la cavité utérine et compris dans le segment antérieur de cette cavité, toujours beaucoup plus difficile à explorer. Quant au diagnostic du troisième fait cité par notre collègue, il est parfois très-difficile. Je me rappelle avoir été moi-même très-embarrassé dans un cas analogue, ne sachant si j'avais affaire à un corps fibreux ou au fond de l'utérus renversé. Il s'agissait d'une femme que M. Richet avait opérée d'une tumeur fibreuse, de la grosseur d'une orange; aussitôt après son extraction, une autre saillie vient se présenter à l'orifice, et l'indécision du chirurgien, grande d'abord, ne fit que s'accentuer les jours suivants. M. Richet, que je remplaçais alors dans son service, me proposa, comme moyen de diagnostic, de refouler ou d'essayer de refouler cette tumeur à l'aide d'un embout de spéculum. Je n'employai point ce moyen, et j'eus recours à l'acupuncture, convaincu que, si j'avais affaire à un corps fibreux, la sensation serait nulle et la résistance très-considérable. Persuadé, après cet examen, que c'était bien un nouveau corps fibreux, je l'opérai, et la malade guérit. Aussi n'hésiterais-je pas, dans un cas analogue, à employer de nouveau le même procédé d'exploration. Je conçois les regrets qu'a manifestés M. Tillaux de n'avoir pu continuer son opération avec le bistouri; mais je ne partage pas les craintes qu'il a émises relativement au danger de laisser dans la matrice une portion de corps fibreux. La désorganisation de ce reliquat se fait le plus souvent sans de grands inconvénients.

M. Guyon. Je ne pense pas non plus qu'il y ait grand inconvénient à laisser dans l'utérus une partie du corps fibreux, à la condition toutefois qu'il soit pédiculé. Dans tous les cas, le fait cité par M. Tillaux tendrait à démontrer que cette terminaison offre encore moins de dangers que l'extirpation totale. Jarjavay, dans un mémoire publié sur ce sujet, avait, du reste, prévu le cas, et il proposait de fendre en long la tumeur comme un fruit, et d'avancer à petite coupe jusqu'à son implantation. J'ajouterai que ces corps fibreux décrits sous le nom de grossesses fibreuses, implantés sur le fond de la matrice, peuvent par eux-mêmes déterminer l'inversion de l'utérus; et ce serait surtout dans des cas analogues que l'emploi de l'écraseur serait entièrement dangereux. Dans tous les cas, le fait cité par M. Tillaux est des plus instructifs, et je lui suis personnellement très-reconnaissant de sa communication. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE L'ARRONDISSEMENT DE GANNAT (ALLIER.)

Deux observations de polypes fibreux utérins. — M. le Dr Lorut rapporte l'histoire d'une femme âgée de 25 ans et mariée depuis deux ans. La malade, qui n'est pas devenue enceinte, présentait tous les

phénomènes psychiques qui sont chez la femme l'indice des troubles de l'organe gestateur.

La malade est sujette à des pertes qui deviennent très-abondantes surtout aux époques menstruelles.

A l'examen, au spéculum, le Dr Lorut rencontra un polype rouge brun qui, par le toucher, fut reconnu inséré sur la partie du col utérin, voisine de l'orifice vaginal. La tumeur avait le volume d'une petite noix.

L'opération ayant été décidée, M Lorut, assisté du Dr Danval, y procéda de la façon suivante:

La malade disposée sur le bord d'une table recouverte d'un matelas, le spéculum fut appliqué et confié à un aide. Le corps du polype fut étreint entre les mors d'une pince spéciale et l'opérateur essaya de l'attirer du côté de la vulve, mais, sans pouvoir y réussir; alors, il essaya de la torsion modérée en tous les sens, tout en continuant à attirer le corps étranger au dehors, et au bout d'une minute, il sentit dans le pédicule une espèce de craquement qui annonça qu'il se brisait; en continuant la torsion, la tumeur fut extraite et il ne s'écoula que quelques gouttes de sang.

A partir du moment de l'opération, les métrorrhagies cessèrent, et après deux ou trois cautérisations au nitrate d'argent, la malade fut tout à fait guérie.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une dame N.... X...., chez laquelle le toucher vaginal permettait de constater un développement anormal du corps de l'utérus, en même temps que la palpation abdominale révélait l'existence d'une tumeur siégeant surtout dans la fosse iliaque du côté droit. A chaque époque menstruelle, il existait des douleurs expulsives et la malade perdait abondamment.

Huit mois environ après que l'examen de la malade fut pratiqué pour la première fois, pendant la nuit, il se produisit une perte des plus abondantes. Les efforts d'expulsion devinrent plus intenses, puis, tout à coup, il sembla à la malade qu'elle rendait un corps dur, mais rien ne sortit du vagin. A partir de ce moment, la métrorrhagie diminua beaucoup, quoique persistante, et les douleurs furent bien moins vives.

En examinant Madame X.... quelque temps après cette crise, M. Lorut ne retrouva plus de traces de la tumeur qu'il avait constatée dans la fosse iliaque droite, et le spéculum révéla dans le fond du vagin la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure, violette, qui avait peine à tenir entre les branches du spéculum.

Le toucher lui permit de reconnaître que cette tumeur présentait un pédicule qui était embrassé par le col.

Il était facile de voir que, lors de sa première visite, la malade

avait un corps fibreux enfermé dans l'utérus ; que cet organe excité par la présence de ce corps étranger s'était fortement contracté et avait fini par s'en débarrasser.

M. Lorut, en présence de ce corps fibreux, ayant franchi l'orifice externe du col utérin, se décida à en tenter l'ablation.

La malade fut placée sur le rebord d'une table garnie d'un matelas, les jambes fortement relevées; il employa, pour bien mettre la tumeur à nu, un spéculum à grand développement, le spéculum ordinaire étant tout à fait insuffisant, et rendant impossible la manœuvre des instruments. Saisissant alors la tumeur avec des pinces à polype, il opéra sur elle des tractions modérées, mais soutenues, sans obtenir le moindre résultat; il essaya alors d'opérer la torsion en faisant maintenir le corps de l'utérus en appuyant fortement sur sa partie abdominale.

Il fit ainsi plusieurs tentatives vaines. Se rappelant alors le conseil donné par l'éminent spécialiste anglais Churchill qui considère ce procédé de la traction comme applicable à presque tous les polypes utérins, en raison de sa grande innocuité : quand le pédicule ne veut pas céder et que ses fibres résistent, il recommande d'en diminuerle volume par quelques incisions faites au moyen de longs ciseaux courbes. M. Lorut eut recours à cette manœuvre, après laquelle les fibres du pédicule se déchirèrent avec un bruit de craquement et le polype fut amené facilement hors du vagin.

Quelques semaines après cette opération la malade était parfaitement guérie. (*Compte-rendu des travaux de la Société des Sciences médicales de Gannat*, 1873-74.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'exstrophie vésicale dans le sexe féminin, par M. le Dr Alphonse HERRGOTT (1). — Chez la femme, les organes excréteurs de l'urine, en raison de leur simplicité plus grande, sont beaucoup plus rarement atteints de difformités congénitales que chez l'homme. Vraie en thèse générale, cette assertion est surtout irréfutable quand on l'applique à la variété de difformités baptisée du nom d'exstrophie de la vessie, monstruosité caractérisée par le renversement au dehors d'une partie de la muqueuse vésicale, à la surface de laquelle on voit sourdre l'urine qui s'échappe par les orifices béants des uretères. La portion de muqueuse ainsi renversée est toujours la face postérieure de la ves-

(1) Thèse de Nancy, 1874.

sie, car, dans ces cas anormaux, la paroi antérieure manque constamment.

Ce vice de conformation, malgré sa rareté chez la femme, se rencontre encore bien trop fréquemment à cause des inconvénients multiples, horribles et le plus souvent incurables dont il accable les malheureuses qui en sont atteintes. Les *Annales de Gynécologie* pour le mois d'octobre en ont fait connaître un exemple remarquable observé par M. Pinard de Rochefort; tout récemment, M. A. Herrgott de Nancy a fait sa thèse sur ce sujet. Nous désirons attirer un instant l'attention sur ce dernier travail.

L'étude de M. A. Herrgott a pour titre : *De l'Exstrophie de la vessie dans le sexe féminin*; elle est divisée en quatre chapitres principaux précédés d'une courte introduction.

Le premier chapitre contient la bibliographie et l'historique de la question; ceux qui voudront étudier plus spécialement ce point de pathologique y puiseront de très-utiles renseignements.

Le deuxième, divisé en deux parties et consacré plus spécialement à l'exstrophie chez la femme, traite de l'anatomie et de la physiologie, de la fréquence, des variétés de la monstruosité.

Ces variétés sont tellement nombreuses que l'auteur, afin de donner une idée facilement compréhensible de l'ensemble des lésions qui constituent l'exstrophie, a dû créer pour ainsi dire un type de la difformité. Dans la description de ce type, un point est à relever qui semble en contradiction avec les notions physiologiques reçues. On sait qu'à l'état normal, l'urine sort goutte à goutte et d'une façon *continue* de l'uretère; et cependant, plusieurs malades, porteurs d'une exstrophie vésicale, pouvaient uriner d'une manière *intermittente*. « Ce fait paraît étrange au premier abord, mais il s'explique par la possibilité de la dilatation des uretères dans lesquels l'urine peut s'accumuler, et par la longueur de ces canaux qui, plongeant dans le petit bassin avant de s'ouvrir à l'extérieur par leur orifice rétréci, permet à une certaine quantité d'urine de s'accumuler dans les parties déclives jusqu'au moment où une contraction des parois abdominales, en comprimant les viscères contenus dans le ventre, projette l'urine en dehors. »

L'exstrophie de la vessie s'accompagne aussi d'anomalies fréquentes et considérables parfois des organes génitaux externes, de la partie inférieure du tube digestif et d'autres parties du corps (spina bifida, pieds bots, etc.).

La première partie du chapitre II, contient 18 observations relatives aux variétés de l'exstrophie; toutes sont intéressantes. La deuxième partie a trait aux fonctions génitales chez la femme atteinte d'exstrophie vésicale.

Dans la plupart des cas, les malheureuses qui vivent avec cet hor-

rible vice de conformation et qui parviennent à l'âge ou les fonctions de la maternité peuvent être remplies, sont parfaitement aptes à la procréation; car chez elles, si l'exstrophie s'accompagne d'anomalies des organes génitaux externes, les organes génitaux internes sont presque toujours normaux (1). Mais, après l'accouchement, l'infirmité congénitale se complique presque toujours d'une autre infirmité non moins désagréable, le prolapsus utérin irréductible ou plutôt non contensible. C'est cette complication qui a été observée dans les 4 cas cités par M. A. Herrgott.

L'étiologie est étudiée dans le chapitre troisième.

Comme dans beaucoup de cas analogues, on n'a pu faire jusqu'à présent que des hypothèses plus ou moins rationnelles sur l'étiologie de l'exstrophie vésicale. M. A. Herrgott prend bien soin de le dire et d'énumérer celles qui lui ont paru les plus importantes; mais, n'en trouvant parmi elles aucune qui puisse le satisfaire, il en propose une nouvelle qui cadre bien avec les lois actuellement connues du développement général de l'embryon. « Nous croyons, écrit-il, que l'exstrophie résulte de la non-réunion du pubis, et, par conséquent de l'écartement des muscles abdominaux. Ce qui nous confirme dans notre hypothèse, c'est l'absence presque constante de symphyse pubienne, la bifidité fréquente de l'utérus et du vagin, la présence d'un spina bifida; vices de conformation qui accompagnent souvent cette anomalie du réservoir urinaire. » Et plus loin : « La théorie que nous donnons est hypothétique, n'ayant pas eu occasion de constater directement le mode de formation de l'exstrophie vésicale. Mais nous l'avons proposée parce qu'elle explique très-bien le fait en lui-même, parce que l'embryologie apprend sur le mode de formation, de transformation et de destruction des tissus et des organes, et parce qu'elle explique en même temps les diverses anomalies qui accompagnent presque toujours une pareille monstruosité. »

Dans le dernier chapitre, l'auteur a examiné quelle doit être la conduite à tenir pour remédier aux inconvénients d'un vice de conformation si dégoûtant et si pénible.

Le traitement palliatif consiste en l'emploi d'appareils prothétiques qui protègent la muqueuse et empêchent les parties voisines d'être baignées constamment par l'urine.

Le traitement curatif, qui ne peut être appréciable dans tous les cas, puisque Bégin plaçait l'exstrophie au-dessus de la puissance de la chirurgie, doit parfois être tenté : on aura recours alors à une autoplastie pratiquée autant que possible de manière à recouvrir la paroi muqueuse de la vessie par un tégument cutané et de reconstituer le sphincter de la nouvelle poche. L'opération se fera en un seul temps

(1) Le cas de M. Pénard est une remarquable exception.

ou en deux temps séparés par un intervalle de plusieurs jours. La statistique a enregistré un certain nombre de succès.

En résumé, la thèse de M. A. Hergott est un travail étudié, consciencieux et fort intéressant. Trois planches terminent l'ouvrage.

Maurice Longuet.

Recherches sur l'inflammation des trompes utérines et ses conséquences, par le Dr Seuvre, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, membre de la société anatomique (1).

L'inflammation des trompes a donné lieu jusqu'ici à un petit nombre de travaux et nos connaissances à ce sujet sont encore bien incomplètes, aussi, avons nous été heureux de rencontrer dans la thèse de M. le Dr Seuvre une étude très-judicieusement faite de cette importante question.

Dans une première partie, l'auteur rappelle les faits anatomiques qui peuvent favoriser l'inflammation des trompes ou qui sont susceptibles d'être modifiées par elle. Il résume brièvement les fonctions de ces organes, dont la perversion a un rôle marqué en pathologie.

Dans une deuxième partie il montre le degré de fréquence de la salpingite et il étudie l'anatomie pathologique, l'étiologie, les symptômes, le diagnostic, les complications habituelles de la maladie.

Le diagnostic surtout présente un intérêt réel afin de ne pas s'exposer à des mécomptes sérieux dans la thérapeutique des affections utérines.

L'auteur rappelle en effet que certaines opérations quelquefois même insignifiantes, pratiquées sur l'utérus, ont été parfois suivies d'inflammation peritonéale ayant déterminé la mort. C'est ainsi qu'il rapporte qu'un simple toucher ou même une injection vaginale pratiquée avec précaution, que le cathetérisme utérin ou bien l'ablation d'une tumeur de la cavité utérine, d'un polype fibreux inséré au voisinage de la trompe ou encore une opération pratiquée sur le col (amputation, cautérisations ou simples scarifications), ont été l'occasion d'une terminaison fatale. Il reconnaît que, dans ces cas, les annexes de l'utérus présentaient des lésions plus ou moins anciennes et que la salpingite, en particulier, existait le plus souvent.

Il admet cependant que les altérations de l'ovaire et de la trompe ne sont pas les seules qui prédisposent à une mort rapide, dans le traitement chirurgical des affections utérines. « Quand il existe, dit l'auteur, un phlegmon péri-utérin avec phlébite des branches de l'hypogastrique, des manœuvres inopportunes feront craindre la rupture des caillots et la migration de leurs débris vers le cœur et les

(1) Thèse de Paris, 1874.

poumons (Trousseau.). Quelquefois aussi une opération pratiquée sur le col provoque une infection purulente très-aiguë. Mais on peut affirmer que souvent la péritonite existe avec une salpingite et résulte de la pénétration du pus versé de la trompe dans le péritoine. »

Les quelques considérations précédentes suffiront pour donner une idée de l'importance que M. Seuvre attribue à la salpingite dans le développement de l'inflammation péritonéale qui survient à la suite des opérations dont nous venons de parler.

Nous terminons ce court exposé en rapportant les conclusions pratiques posées par l'auteur : « Un traitement local par des injections irritantes, ne sera appliqué dans la métrite interne ou dans la vaginite, une opération ne sera pratiquée sur les organes génitaux que quand les annexes ne sont pas malades. S'il existe de la péri-métrite ou les signes probables d'une salpingite, on doit s'abstenir. Il ne faut agir directement sur l'utérus ou le vagin que dans les périodes de calme de l'état aigu, en dehors des époques menstruelles, dans les dix jours du milieu de l'intermenstruation (Courty). Que si même après avoir pris ces précautions, quelques symptômes de péritonite se manifestaient, on suivrait la ligne de conduite tracée par M. Lorain : « Eviter tout effort, et toute cause d'excitation; ordonner le repos « physiologique de l'organe, calmer la douleur et les accidents ner- « veux au moyen de préparations opiacées et d'injections hypoder- « miques, entretenir la liberté du ventre au moyen de lavements « émollients, prescrire des injections émollientes dans le vagin et des « bains de siége tièdes et prolongés, soutenir et immobiliser les parois « abdominales au moyen d'un corset au collodion élastique, et enfin « ne faire que les explorations strictement nécessaires à l'exactitude « du diagnostic. »

A. Leblond.

Dilatation sanglante du col utérin, par Olshausen de Halle (*Volkmann's Sammlung Klinisch. Vortr.*, n° 67). — La dysménorrhée mécanique et la stérilité dépendant de l'ouverture insuffisante du museau de tanche, constituent, selon l'auteur, les indications de cette opération. L'ouverture du museau de tanche, chez les vierges, lui paraît suffisante quand elle permet l'introduction d'une sonde du diamètre de 3 à 4 millimètres, à condition qu'il n'y ait pas de déviation utérine.

Simpson pratiquait l'incision bilatérale du col utérin avec un bistouri caché, à lame étroite; d'autres hystérotomes ont été proposés par Martin, Mathieu et Greenhalg; mais Olshausen conseille de se servir plutôt d'un bistouri simple, à lame convexe et arrondie, longue de 3 centimètres environ, tel que celui de Marion Sims. Il incise le col sur les deux côtés; dans le but d'empêcher la cicatrisation,

Simpson introduisait chaque jour le doigt dans la plaie et la cautésait au nitrate d'argent.

La dilatation forcée avec des instruments mécaniques produit une irritation trop violente. — La laminaire et l'éponge préparée à la cire ne doivent pas être employées dans les cas où il existe des ulcérations dans la cavité du col utérin, de peur d'amener des métrites et des péritonites quelquefois mortelles. — Dans le cas où l'éponge préparée sera indiquée, on ne devra pas la laisser plus de dix heures.

Si l'ouverture trop étroite du museau de tanche est compliquée d'antéversion utérine, on devra exciser une portion triangulaire de la lèvre antérieure. — Dans le cas de catarrhe intense d'un utérus vierge, l'incision bilatérale du col est aussi recommandée.

Quant à l'incision de l'orifice interne du col, préconisée par Marion Sims, il faut être circonspect dans son emploi. (*Gazetta delle Cliniche*, n° 40, 74.)

VARIÉTÉS.

De l'emploi de l'émulsion de coaltar saponiné dans la vaginite. — M. le Dr Siredey emploie, depuis longtemps déjà, dans les cas de leucorrhée tenant à une inflammation vaginale, des tampons d'ouate imbibés de l'émulsion de coaltar saponiné de Lebeuf, dont il retire des avantages très-marqués. Nous-même, d'après les indications qui nous ont été fournies par l'éminent praticien de l'hôpital Lariboisière, nous avons fait usage de ces tampons et nous leur avons trouvé une utilité incontestable.

Nous ne ferons point une étude complète de ce produit au point de vue pharmacologique, nous nous contenterons de rappeler que le coaltar saponiné de Lebeuf est un mélange de goudron, de houille et de teinture alcoolique d'écorce de quillage (*sapindus saponaria*). Cette écorce, connue vulgairement sous le nom de *bois de panama*, renferme de la saponine.

L'émulsion désignée par M. Lebeuf sous le nom d'émulsion mère est au 5e. C'est cette émulsion qui, étendue de 2, 3, 4, 5, etc., fois son poids d'eau, fournit des émulsions au 10e, au 15e, au 20e, au 25e, etc....

L'émulsion dont M. Siredey fait ordinairement usage, est l'émulsion mère. Voici comment il convient de s'en servir : Le col utérin étant préalablement mis à découvert à l'aide d'un spéculum, on porte un tampon bien imbibé de la solution mère au contact du col utérin. Un fil attaché au tampon permet à la malade de retirer ce dernier au bout de vingt-quatre heures. Une injection d'eau conte-

nant une certaine quantité de coaltar saponiné est faite ensuite matin et soir. Les tampons peuvent ainsi être renouvelés tous les trois ou quatre jours; le mieux serait d'en introduire un tous les jours; malheureusement, dans la pratique, des pansements aussi fréquents ne peuvent avoir lieu facilement.

L'application de ces tampons peut être faite par la malade elle-même, à l'aide du porte-topique vaginal de H. Delisle, dont nous avons donné précédemment la description. J'ai eu dernièrement l'occasion de faire pratiquer, à l'aide de cet instrument, ces pansements tous les jours, et j'ai vu l'écoulement vaginal se tarir au bout de 10 à 12 jours. Le tampon étant introduit le matin, je suppose, est gardé jusqu'au lendemain matin. Lorsque le tampon est enlevé, je fais prendre une injection de 1 à 2 litres d'eau, de façon à bien nettoyer les parois vaginales; puis, un autre tampon est alors introduit par la malade elle-même et gardé, comme le premier, pendant vingt-quatre heures.

Je crois néanmoins utile d'examiner les malades au spéculum tous les six ou huit jours, de façon à bien juger de l'état des parois et de voir si l'inflammation ne continue pas à siéger dans les culs-de-sacs vaginaux; car il peut arriver qu'avec le porte-topique vaginal les tampons ne soient pas introduits assez profondément et que les culs-de-sac échappent à l'action du coaltar saponiné.

L'action de l'émulsion de coaltar saponiné est des plus remarquables; les surfaces enflammées se modifient rapidement, l'écoulement leucorrhéique cesse de se produire, et la douleur, quand elle existe, disparaît également. De plus, cet agent thérapeutique est un excellent désinfectant, ce qui est très-avantageux dans beaucoup de cas.

Terminons en rappelant qu'un grand nombre d'auteurs ont déjà fait usage, depuis longtemps, de cette substance, et que nous ne faisons que confirmer les résultats qu'ils ont obtenus. C'est ainsi que M. Bouchut a souvent employé, avec succès, les lotions avec cette solution au 30e, dans la vulvite qui se développe chez les petites filles dans les maladies aiguës, ou dans celles qui accompagnent la scrofule ou l'herpétisme (1).

M. Lorain a employé dans son service à Saint-Antoine, en 1869, cet agent thérapeutique en injections, à la suite des couches, quand il redoutait le développement de la septicémie puerpérale, et il paraît en avoir retiré des avantages.

Le coaltar saponiné n'est pas un agent thérapeutique spécial à la vaginite; il a été utilisé dans un grand nombre de maladies qui ne rentrent pas dans le cadre de nos études spéciales, et que nous ne croyons pas utile dès lors de mentionner. Disons seulement que c'est un agent désinfectant de premier ordre, et qui a paru très-utile dans tous les cas où l'on a à redouter le développement de la septicémie.

A. LEBLOND.

(1) Voyez t. I, p. 240.

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris pendant le mois de novembre 1874.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DECÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	25	2	2	»	»	4	8.00	8.00	»	»	16.00	»	»
Pitié..........	20	»	»	»	1	1	»	»	»	5.00	5.00	»	»
Charité........	48	4	1	»	»	5	8.33	2.08	»	»	10.41	»	»
Saint-Antoine.	31	2	2	»	»	4	6.45	6.45	»	»	12.90	»	1 (1)
Necker........	19	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Beaujon.......	39	»	1	»	»	1	»	2.56	»	»	2.56	»	»
Lariboisière...	74	»	1	»	»	1	»	1.35	»	»	1.35	»	»
Saint-Louis...	49	»	2	»	1	3	»	4.08	»	2.04	6.12	»	»
Lourcine	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres).	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	307	8	9	»	2	19	2.60	2.92	»	0.65	6.18	»	1
Services spéciaux													
Cochin	65	1	»	»	»	1	1.53	»	»	»	1.53	»	»
Cliniques.....	49	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Mson d'Accouchem.	112	»	3	»	»	3	»	2.67	»	»	2.67	»	1
TOTAL	226	1	3	»	»	4	0.44	1.32	»	»	1.76	»	1

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	807	»	»
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	171 (2)	»	»

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

[1] Fièvre puerpérale.
[2] Dans ce nombre se trouve compris le chiffre de 18 accouchements effectués sur le 8e arrondissement pendant le mois d'octobre dernier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Ovulation et menstruation, par le Dr DUNBAR WALKER. (*The Obstetrical Journal*, octobre 1874.)

Cas de mort après l'emploi de l'éponge préparée, par le Dr WILLARD (*Obstetrical Society of Philadelphia*, décembre 1874. — *The Obstetrical Journal*, octobre 1874.)

Cas de tumeur ovarienne compliquée d'ascite ; guérison, par le Dr PEASLEE. (*Obstetrical Society of New-York*, avril 1874. — *The Obstetrical Journal*, octobre 1874.

Influence des anesthésiques sur les impressions sexuelles chez les femmes. (L'éditeur de l'*Eclectic*, journal de Cincinnati, mai 1874, et *Bordeaux médical*, 1874, p. 238.)

De l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérales, par le Dr ROSART. (*Annales de la Société médico-chirur. de Liége*, juillet, février et mars 1874, p. 113.)

Sur un cas d'atrésie vaginale avec conformation anormale du col de l'utérus, par le Dr HAMON (de la Rochelle). (*France médicale*, 1874, p. 507.)

Contribution à l'étude du développement de la mamelle, par le Dr D'ESPINE. (*Archives de physiologie*, 1874, p. 177.)

De la multiplicité du chancre simple chez la femme (d'après des leçons de FOURNIER). (*Annales de dermatologie et de syphil.*, 1874, p. 357.)

Des hémorrhagies des trompes considérées comme cause d'hématocèles rétro-utérines, par SEUVRE. (*Progrès méd.*, 1874, p. 214.)

Grossesse avec persistance de l'hymen, par DUFOUR. (Société médicale du 9e arrondissement. — (*Gazette hebdomadaire*, 1874, p. 260.)

Gravité dans les hôpitaux du traumatisme de l'appareil génital de la femme au point de vue pathologique (*Gaz. méd.*, 1874, p. 521).

Un cas de présentation et d'engagement du ventre dans un accouchement à terme, par le Dr OLIVIER (*Lyon méd.*, 1874, p. 472).

Sur un mode d'alimentation des enfants au moment du sevrage (*Tribune méd.*, 1874, p. 155, no 332).

Amputation de la partie vaginale du col de la matrice, par OTTO SPIEGELBERG. (*Archiv für Gynækologie*, et *Gaz. méd.* de Strasbourg, 1874, p. 107.)

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA MÉTRITE PARENCHYMATEUSE AIGUE

Par le Dr Alphonse Guérin,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

(Suite et fin.) (1)

Leçons recueillies par M. Kirmisson, interne du service.

Au sujet du traitement, je serai plus bref que pour la métrite interne. Vous vous souvenez qu'alors j'ai rejeté la saignée générale si souvent employée par Lisfranc, mais, dans la métrite parenchymateuse, quand l'inflammation a une grande violence et que d'ailleurs la femme est forte et vigoureuse, je n'hésite pas à prescrire une large saignée du bras. Je ne serais pas éloigné d'attacher une certaine valeur à une opinion qui a vieilli aujourd'hui et d'après laquelle les saignées locales conviendraient surtout dans les inflammations membraneuses, tandis que les

(1) Voir le numéro de janvier.

émissions sanguines générales s'adresseraient de préférence aux inflammations des parenchymes. Quoi qu'il en soit, je préfère la saignée générale aux saignées locales dans l'inflammation aiguë du tissu utérin; elle produit le plus souvent un soulagement très-prompt. Mais si la femme est faible, il faut plutôt faire une application de sangsues sur l'hypogastre, et si la douleur n'est pas trop vive, si l'introduction du spéculum est possible, il faut avoir recours à l'application des sangsues sur le col dont nous avons formulé les règles à propos de la métrite interne.

Les bains tièdes sont des sédatifs puissants pour combattre l'inflammation. Ordinairement on les rend plus émollients par l'addition de son ou de gélatine. J'ai déjà réfuté l'opinion qui consiste à prétendre que l'eau du bain ne pouvant pénétrer dans le vagin, on n'en saurait espérer un effet utile. Il ne faut pas croire que la pénétration de l'eau jusqu'au col utérin soit indispensable à l'efficacité du bain; dans certains cas même, la douleur de la métrite est telle que cette introduction peut être douloureuse. Je voyais dernièrement une jeune femme atteinte de métrite, à laquelle j'avais conseillé de faire pénétrer l'eau du bain dans le vagin. Elle tenta l'expérience, mais la seule pression du liquide sur les parois vaginales causa de telles douleurs qu'elle déclara ne vouloir plus s'y soumettre. Vous comprenez dès lors combien sont dangereuses les injections intra-vaginales dans le cours d'une inflammation très-aiguë. Dans la métrite parenchymateuse à l'état d'acuité, il n'y a pas d'écoulement leucorrhéique, il n'y a donc pas besoin d'injections, et je pense qu'elles doivent être absolument rejetées.

Je ne crois pas qu'il existe de maladie dans laquelle les préparations opiacées soient plus utiles que dans la métrite parenchymateuse. Et ce n'est pas là seulement un fait d'observation clinique; les données physiologiques nous en fournissent une explication très-satisfaisante. Les douleurs de la métrite, en effet, rappellent beaucoup par leurs caractères les douleurs de l'accouchement; comme celles-ci, elles sont dues à la distension des parois de l'organe et à la contraction du muscle utérin. Or, il n'est pas de moyen plus puissant que l'opium pour arrêter les contractions de l'accouchement; il supprime les

contractions de l'utérus dans la métrite parenchymateuse, et par là, calme la douleur. Il ne faut pas craindre d'avoir recours à des doses élevées, par exemple 15 à 20 centig. d'extrait d'opium dans les vingt-quatre heures. Comme dans la métrite interne, il faut employer les cataplasmes et les frictions mercurielles belladonées. En même temps l'on aura soin de surveiller les fonctions de l'intestin, car il existe le plus souvent une constipation opiniâtre. On choisira les purgatifs doux, les préparations salines ou huileuses qui n'ont pas, comme l'aloès et la rhubarbe, l'inconvénient de faire porter leur action d'une manière spéciale sur la terminaison de l'intestin. Si, au lieu de la constipation, il existe, comme on l'observe quelquefois, de la rectite et de la diarrhée, on emploiera les lavements d'amidon additionnés de laudanum.

Le début de la métrite parenchymateuse coïncide parfois, avons-nous dit, avec l'impression du froid et la suppression du flux menstruel. Il faut se garder en pareil cas d'administrer des emménagogues, qui n'exercent leur action spéciale sur l'utérus qu'en produisant la congestion de l'organe. Il faut alors avoir recours à une application de sangsues sur le col. Lisfranc lui-même qui n'aimait pas ce moyen, le conseille dans cette circonstance. Les sangsues sur le col ne sont bonnes, dit-il, que lorsqu'il y a suppression des règles. Il faut rejeter alors la saignée du bras qui aurait une action dérivative de nature à combattre la fluxion cataméniale. Si le col était trop douloureux, on mettrait les sangsues à l'anus, et quelquefois ces applications sont suivies immédiatement du début de l'écoulement menstruel. Je vous ai engagés à ne pas recourir aux bains de siége qui congestionnent trop les organes pelviens, mais dans le cas où il y aurait suppression des règles, je n'en proscrirais pas l'emploi; toutefois je leur préfère les bains généraux prolongés pendant quatre à cinq heures.

Lorqu'on a fait cesser les accidents de la métrite, il faut ne pas croire trop vite à la guérison, et craindre les rechutes au moment des périodes menstruelles. Les malades devront alors garder le repos au lit, dans le décubitus dorsal. Quelques femmes, il est vrai, vous diront qu'elles perdent plus de sang

lorsqu'elles sont couchées, mais ce fait n'a rien qui doive vous surprendre ou vous inspirer de l'inquiétude; il a une interprétation facile et doit être considéré comme une circonstance plutôt favorable que nuisible. Souvent, en effet, la métrite parenchymateuse se complique de déviations de l'utérus. Lorsque la malade est debout, le corps s'infléchissant sur le col s'oppose à l'écoulement du sang et provoque une vive douleur. Dans la position horizontale, au contraire, le corps reprend sa direction normale, l'écoulement se fait facilement et la douleur est supprimée. Il faut recommander, en outre, aux malades d'éviter les fatigues de toutes sortes, telles que l'équitation, les promenades en voiture, les longs voyages en chemin de fer, et ces précautions devront être observées pendant plusieurs époques menstruelles.

Métrite puerpérale. — Nous arrivons maintenant, messieurs, à l'un des sujets les plus difficiles de la pathologie utérine. Généralement la métrite puerpérale est décrite dans les traités d'accouchements, et son étude est laissée de côté dansla description des maladies de l'utérus. Il en résulte une certaine confusion; aussi dois-je vous exprimer d'une manière précise mes opinions à cet égard. Si vous réfléchissez à la conformation de l'utérus, telle que nous l'avons exposée dans nos précédentes leçons, vous reconnaîtrez sans peine qu'après l'accouchement cet organe se trouve dans des conditions tout à fait analogues à celles d'une partie qui a subi un traumatisme; après la chute du placenta, les sinus utérins restent largement béants et constituent autant de voies ouvertes à l'absorption des liquides putrides et des ferments de l'air. D'autre part, comme toutes les veines atteintes de plaies, ils sont exposés à s'enflammer; de là un double processus morbide, à la fois inflammatoire et septicémique, dont l'ensemble a été décrit sous le nom de fièvre puerpérale.

Mais il existe en réalité deux maladies tout à fait distinctes consécutives à l'accouchement; l'une est la métrite parenchymateuse franche, l'autre la pyohémie de source utérine. Elles n'ont d'autre lien commun que leur origine puerpérale, et elles diffèrent autant par leurs symptômes que par leur marche et

leur gravité. Il importe d'autant plus de les séparer nettement que, si l'on vient à les confondre, on fera nécessairement une thérapeutique déplorable, leurs modes de traitement étant tout à fait opposés.

Dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, l'utérus est volumineux, puis bientôt il diminue de volume, prend une consistance plus ferme, et au bout de quelque temps, il est revenu à ses dimensions normales. Mais il arrive parfois qu'au lieu de revenir sur lui-même, l'utérus demeure gros, globuleux, d'une consistance molle et pâteuse.

Il n'est cependant pas très-douloureux; les lochies continuent à couler; mais au bout de quelques jours, la fièvre s'allume, le pouls petit et fréquent s'élève à 110 ou 120 pulsations; enfin un frisson violent éclate avec claquements de dents, durant une demi-heure et laissant la malade plongée dans une grande prostration. Le visage est abattu, les yeux excavés, la température s'élève subitement à 40° ou 41°. La sensibilité du ventre n'est pas en rapport avec l'intensité des symptômes généraux; la douleur n'a pas la violence qu'on lui trouve dans la péritonite ou même dans la métrite simple. Le lendemain le même état grave persiste; un nouveau frisson se produit avec les mêmes caractères; la température demeure très-élevée. Il se produit ainsi une série d'accès fébriles comparables à ceux des fièvres paludéennes. Le teint devient jaune, les seins se flétrissent, la lactation disparaît, les lochies se suppriment. Cependant, il s'écoule par le vagin un liquide séreux, fétide, d'une odeur tout à fait particulière. Telle est la fièvre puerpérale qu'on décrit ordinairement sous le nom de métro-péritonite, mais qui nous présente en réalité le tableau de la pyohémie telle que nous l'observons dans les cas de traumatisme. Le plus souvent la maladie se termine par la mort.

A l'autopsie, l'utérus est trouvé volumineux; ses parois épaisses et molles laissent écouler une sérosité purulente, quelquefois même du pus collecté; il y a du pus dans les sinus utérins et dans les veines du bassin. Le foie et les poumons présentent des abcès métastatiques.

Dans la métrite vraie, les lésions sont très-différentes. Les

parois utérines sont rouges, tuméfiées, mais elles ne renferment pas de pus. De même, les veines sont gorgées de sang, mais on n'y voit pas de suppuration, pas plus que dans les divers points de l'organisme, on ne rencontre d'abcès métastatiques. Le plus souvent il existe en même temps des traces de péritonite, soit adhésive, soit suppurative; mais, tandis que dans l'infection purulente puerpérale on observe plutôt la péritonite généralisée, la métrite s'accompagne ordinairement de pelvi-péritonite.

Les symptômes ne présentent pas des différences moindres. Dans la métrite parenchymateuse franche, il y a bien, comme dans l'infection purulente, un frisson initial, mais il n'a pas la même apparence de gravité; le visage n'annonce pas une perturbation aussi profonde de l'organisme. Le plus souvent la douleur qui annonce la métrite parenchymateuse à la suite de l'accouchement n'est que la continuation des tranchées utérines.

Celles-ci se rapprochent, deviennent plus vives, puis le frisson initial apparaît et souvent il inspire une grande inquiétude, car il est difficile de distinguer tout d'abord si l'on aura affaire à une métrite simple ou à une infection purulente puerpérale. Le pouls fournit pour le diagnostic de bons caractères : il est petit dans l'infection purulente; dans la métrite il reste large et plein, il s'élève à 120 ou 130 pulsations, mais la température, moins élevée que dans la pyohémie, dépasse rarement 39° à 39,5. Dans la métrite, la douleur est plus vive à l'hypogastre; souvent la péritonite concomitante donne lieu à du météorisme et à des irradiations douloureuses dans tout l'abdomen. Dans l'infection purulente, il existe souvent des douleurs siégeant loin de l'utérus, par exemple dans l'hypochondre droit, ou bien au niveau des grandes articulations où l'on ne tarde pas à constater la présence de collections purulentes; les frissons se succèdent rapidement; il y en a un et quelquefois deux par jour. Dans la métrite simple, le plus souvent, le frisson du début reste isolé. La lactation diminue, mais les seins restent fermes, ils ne sont pas flétris; le palper abdominal permet de reconnaître que l'utérus a conservé sa forme; le col est œdématié et douloureux, les lochies sont supprimées, l'écoulement vaginal n'a pas l'odeur spéciale à l'infection purulente. Dans la métrite, la marche est

régulière, et presque toujours la maladie aboutit à la guérison. Le sommeil et l'appétit reparaissent, les lochies se rétablissent et la convalescence est complète en quinze jours ou trois semaines. La mort à la suite de péritonite est l'exception; dans l'infection puerpérale, la péritonite généralisée devient presque constamment mortelle.

L'étiologie des deux maladies est aussi absolument différente. L'infection purulente puerpérale survient le plus souvent sans cause apparente, pendant le séjour au lit, et débute subitement par de la fièvre et un frisson. La métrite reconnaît presque toujours une cause accidentelle; il y a eu le plus souvent décollement trop prompt du placenta, ou bien introduction de la main dans l'utérus; quelquefois l'accouchement a été hâté par des contractions volontaires de l'utérus qui ont amené une large déchirure du col. Dans d'autres cas enfin la matrice a été lésée par une application de forceps. Souvent la métrite puerpérale reconnaît pour cause les fatigues trop fortes subies après l'accouchement ou l'impression brusque du froid amenant une suppression des lochies. Je rapproche de la métrite puerpérale la métrite traumatique telle que peut la produire l'emploi imprudent de l'hystéromètre. M. Dupuy, interne des hôpitaux, a réuni, dans un travail publié par le *Progrès médical*, 17 observations dans lesquelles on a pu, soit par hasard, soit de parti pris, perforer l'utérus au moyen de l'hystéromètre. Ceci vous démontre avec quelle facilité l'utérus peut être lésé, et, bien que dans ces cas on n'ait pas eu à déplorer d'accidents, ils doivent être regardés seulement comme des exceptions heureuses sur lesquelles il serait dangereux de se baser.

Je vous ai présenté, messieurs, le tableau des symptômes de la métrite et celui de l'infection purulente puerpérale, en les rapprochant autant que possible et les opposant l'un à l'autre pour mieux vous en faire apprécier les différences; mais dans certains cas, le diagnostic présente de grandes difficultés. Dernièrement encore nous observions, couchée au n° 14 de notre salle Saint-Maurice, une malade atteinte de métrite parenchymateuse, qui présenta au début des symptômes qui pouvaient faire craindre l'infection purulente puerpérale. C'était une femme récem-

ment accouchée et portant une large déchirure du col; dès le surlendemain de son accouchement, elle éprouva de la douleur à l'hypogastre et un violent frisson avec claquement de dents qui se prolongea pendant une demi-heure. La face était vultueuse; le pouls, au lieu d'être faible et fréquent comme dans la pyohémie, était ferme et plein. Convaincu qu'il s'agissait d'une métrite, j'appliquai immédiatement trente sangsues sur l'hypogastre. Dès le lendemain, la fièvre avait diminué, la malade éprouvait un grand soulagement; mais bientôt un nouveau frisson vint réveiller nos craintes, c'était le début d'une pelvi-péritonite qui se termina par la formation d'un abcès ouvert dans le vagin et par la paroi abdominale. La malade est aujourd'hui guérie.

Le traitement de la métrite parenchymateuse d'origine puerpérale consiste en une large application de sangsues sur l'hypogastre faite dès le début; si la réaction est très-vive, on a recours de préférence à la saignée générale. Il faut ordonner des purgatifs répétés sans se préoccuper de la lactation, car l'intérêt le plus pressant c'est de sauver la malade. On emploie les injections pour empêcher les liquides qui s'écoulent de la cavité utérine de séjourner dans le vagin et d'y prendre une odeur fétide. Les frictions d'onguent mercuriel devront être jointes aux moyens précédents; mais elles ne sont utiles qu'à la condition d'être pratiquées avec énergie et pendant quinze à vingt minutes matin et soir. On évitera soigneusement de refroidir la malade pendant la friction et on laissera une large couche d'onguent qui sera recouverte ensuite de cataplasmes. Enfin l'opium sera ordonné dans le but de combattre les douleurs.

Mais il faut avant tout, lorsqu'on donne des soins à une femme qui vient d'accoucher, ne pas oublier de prendre toutes les précautions nécessaires pour empêcher le développement de la métrite. Il faut pratiquer le palper abdominal, et, si l'utérus est resté volumineux, exercer des frictions sur la région hypogastrique en y joignant un certain degré de compression. Souvent, en effet, surtout à la suite de plusieurs grossesses, les parois abdominales restent flasques, et l'utérus a besoin d'être soutenu, sans quoi il est sans cesse ballotté pendant la marche

et par là beaucoup plus exposé aux inflammations. Enfin et par-dessus tout, la malade doit éviter toutes sortes de fatigues et même, s'il est possible, garder le repos au lit dans le décubitus dorsal jusqu'à ce que l'utérus ait repris ses dimensions normales.

EMPLOI DU FORCEPS

POUR EXTRAIRE LA TÊTE DU FŒTUS APRÈS LA SORTIE DU TRONC

Par le Dr J. Grynfeltt,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.
(4e et dernier article.) (1)

B. Bassin rétréci. — Il est rare que l'enfant survive aux manœuvres précédentes, le plus souvent même on applique le forceps sur un petit cadavre dont le cou allongé par les tractions qu'il a subies, a permis au tronc de sortir et au forceps de pénétrer pour saisir la tête. Mais, ce résultat fatal est bien plus certain encore si le bassin est vicié. Aussi quelle ne doit pas être la circonspection de l'accoucheur avant de se décider à pratiquer la version podalique dans les cas de rétrécissement pelvien !

Pourtant ce mode d'intervention a été conseillé par Mme Lachapelle pour les rétrécissements modérés. En Angleterre, il jouit d'une grande faveur. Simpson (d'Édimbourg), Radfort (de Manchester), Barnes (de Londres) (1), en sont des partisans convaincus. En France, au contraire, nous donnons généralement la préférence au forceps, sauf dans les cas de bassin oblique ovalaire pour lesquels, de l'aveu de tout le monde, la version est plus avantageuse. Cazeaux pourtant après l'examen approfondi des travaux publiés en Angleterre, était revenu aux idées de Mme Lachapelle, et M. le professeur Dumas en est ici le chaud défenseur. La version, nous le savons pertinemment, lui a donné de beau succès.

---

(1) Voir t. II, p, 165 et 348, et t. III, p. 41.

(2) Barnes. *Op. cit.*, p. 210 et suiv., et Simpson, Clin. obstétr. gynécolog., trad. Chantreuil. Paris, 1874, p. 263 et suiv.

Élevé dans ces principes, nous avons voulu les mettre en pratique dans un cas que nous allons rapporter, et nous n'avons pas eu à nous en louer. Est-ce à dire que nous condamnions, sans autre examen, la version pour tous les cas du genre de ceux qu'ont mentionnés les accoucheurs d'Outre-Manche? Telle n'est pas notre pensée. Nous estimons que la clinique n'a pas encore prononcé en dernier ressort sur cette question qui a été et qui est encore l'objet de controverses. Ce n'est que lorsque des faits nombreux auront été amassés de toutes parts, colligés en séries intégrales, et comparés ensemble, que la lumière sera faite sur la valeur respective du forceps et de la version dans les cas de rétrécissements pelviens. Au surplus ce n'est pas aujourd'hui que nous pouvons traiter cette question, qui ne peut jamais l'être d'une manière incidente.

Quelle que soit, d'ailleurs, l'école à laquelle on appartienne il peut parfaitement arriver, après une version sur les pieds faite au-dessus d'un bassin cru normal et pourtant vicié, ou pour cause de volume excessif de la tête du fœtus, que l'engagement de cette dernière au détroit supérieur, le tronc sorti, soit sinon impossible au moins très-difficile. — Que faire? — La position de l'accoucheur en cette triste conjoncture est à coup sûr bien pénible, nous en savons quelque chose, et pourtant il faut prendre un parti.

Tentera-t-on, d'après le conseil de Chailly, l'une ou l'autre des deux manœuvres qu'il a indiquées pour les cas où le bassin est normal? Nullement.

Quoi qu'en ait dit cet auteur d'ailleurs fort estimable (1), nous ne croyons pas qu'une tête de fœtus à terme plus ou moins défléchie au-dessus d'un bassin vicié par défaut d'étendue du diamètre sacro-pubien (viciation la plus commune), puisse s'arrêter *en position occipito-pubienne* ou *occipito-sacrée*. Les raisons qui nous ont fait rejeter l'existence de ces rapports dans un bassin normal nous empêchent, *à fortiori*, de les admettre dans les bassins retrécis. La loi d'accommodation des parties fœtales à la forme et à la capacité du bassin de la mère reste immuable, si

(1) Chailly, *op. cit.*

bien que les *positions transversales*, soit de la *tête première*, soit de la *tête dernière* sont *la règle*, dans tous les cas de viciation du diamètre sacro-pubien par défaut d'étendue. Au contraire, dans les *bassins transversalement retrécis avec prédominance du diamètre antéro-postérieur*, *les positions directes occipito-pubienne* ou *occipito-sacrée* sont pour ainsi dire forcées. Mais hâtons-nous de le dire, un tel vice de conformation est excessivement rare, et on n'en trouve que quatre ou cinq cas consignés dans les annales de la tocologie.

A l'appui de cette affirmation nous dirons que, en présence des élèves suivant nos cours, nous avons plusieurs fois répété, sur un bassin artificiellement vicié de Joulin et avec un fœtus à terme, les expériences déjà faites par cet infatigable travailleur dont la science déplore la perte récente, et constamment, comme lui, nous avons observé les phénomènes suivants :

Après la sortie du tronc, l'extrémité céphalique du fœtus arrivant au détroit supérieur, la tête se redressait légèrement et le diamètre occipito-frontal se plaçait parallèlement au plan du détroit supérieur. Puis elle subissait, dans tous les cas, un mouvement de rotation qui mettait ce diamètre dans le sens du transverse du bassin, avec une déviation plus ou moins marquée vers l'un des obliques, suivant que le rétrécissement produit sur le fantôme était plus ou moins accusé. Nous avons eu beau modifier les rapports du fœtus engagé, toujours les phénomènes observés ont été les mêmes, et certes nous étions dans des conditions moins favorables que sur le vivant puisque ni le contenant, ni le contenu ne se trouvaient lubréfiés, et que la tête fœtale ne recevait par en haut aucune impulsion comparable à l'action de la contractilité utérine. Jamais nous n'avons vu l'occiput, ni le menton rester sur l'angle sacro-vertébral. Et si quelquefois le menton s'accrochait aux pubis, ce n'était que lorsque nous n'avions pas eu la précaution, pour représenter le segment inférieur des muscles droits de l'abdomen et les aponévroses qui en dépendent, de faire placer verticalement la main d'un aide au-dessus de la symphyse pubienne.

Ce que nous avons constaté sur le fantôme, nous l'avons constamment observé sur la femme en travail toutes les fois que

nous nous sommes trouvé en présence d'un retrécissement pelvien un peu marqué, et non-seulement dans les cas *de tête première*, mais aussi dans le cas de *tête dernière* que nous consignons ici :

Observation. — Il y a trois ans environ, nous fûmes appelé, en l'absence de notre collègue et ami, M. Gayraud, aujourd'hui professeur à Quito (république de l'Equateur), auprès d'une de ses clientes, demeurant rue Général Vincent (place Cabane). Il était minuit ou une heure du matin. Cette femme encore jeune était enceinte pour la seconde fois. Sa première grossesse n'était pas arrivée à terme. L'expulsion hâtive du produit avait eu lieu, si nos souvenirs sont exacts sur ce point, dans les premiers mois de la gestation. Au reste, les douleurs étaient assez fréquentes, assez vives et régulières.

Après nous être renseigné sur tout ce que l'accoucheur doit savoir dès sa première visite à une femme en travail (époque des dernières règles, des premiers mouvements actifs du fœtus, de leur siége, des accidents de la grossesse....), nous examinons les membres inférieurs dont la patiente nous accuse l'enflure et nous trouvons les tibias sensiblement contournés en S. Nous apprîmes alors que cette femme avait marché tard et qu'elle avait été *nouée* ainsi qu'elle le disait elle-même. Nous soupçonnions déjà quelque mauvaise conformation du bassin.

Au toucher, le col est effacé, encore un peu épais et dilaté comme un franc. Œuf intact. Promontoire facilement accessible, à 8 centimètres et demi environ, autant que nous pouvons en juger par le doigt, sans double décimètre rapporteur. Aucune partie fœtale au détroit supérieur. Le ventre nous paraît élargi, et en tout cas il ne nous est pas difficile de trouver par le palper abdominal la tête du fœtus dans la fosse iliaque gauche. Bruits cardiaques très-distincts en bas et à gauche, au voisinage de la ligne médiane. Nous avions donc affaire, selon toute probabilité, à une première position de l'épaule droite (céphalo-iliaque gauche dorso-antérieure).

Nous fîmes part aussitôt de nos craintes au mari et à la mère de la patiente, leur disant que, n'étant pas personnellement connu d'eux et me trouvant par occasion, en l'absence de M. Gayraud, auprès de la parturiente, ils pouvaient, s'ils le jugeaient convenable, nous adjoindre un confrère pour cet accouchement dont le pronostic nous paraissait devoir être très-réservé. Ils nous répondirent que puisque M. Gayraud nous avait désigné pour le remplacer, ils mettaient leur confiance en nous comme en lui.

Fort de cet assentiment, nous vous demandons ce qu'il convient de faire ; nous avions, du reste, du temps devant nous, le col n'était pas préparé pour un accouchement rapide, et puis la présentation

était vicieuse et l'engagement ne pouvait pas se faire de sitôt. Notre première idée fut de tenter de réduire la présentation du tronc en une présentation céphalique à l'aide des manipulations extérieures (version par manœuvres externes) auxquelles nous avions déjà eu recours avec succès dans d'autres circonstances. Nous aurions sans nul doute bien fait de suivre cette première inspiration. Mais au moment de commencer nos manipulations, les conseils donnés par Mme Lachapelle et les affirmations de Simpson nous reviennent en mémoire, et nous décidons de laisser marcher le travail, sans faire aucune tentative de réduction, jusqu'au moment où la dilatation complète du col nous permettrait de faire la version sur les pieds.

Les douleurs continuent bonnes, de plus en plus vives et de plus en plus fréquentes avec une régularité véritablement type. A sept heures du matin, la dilatation est complète.

La femme mise dans une attitude convenable, en travers de son lit, nous portons toute la main droite dans le vagin, nous explorons encore les parties, nous reconnaissons sûrement la présentation de l'épaule, et du même coup nous rompons la poche des eaux et nous allons directement à la recherche des pieds du fœtus au fond de la cavité utérine, suivant l'excellent précepte de P. Dubois. Saisir ces appendices, les entraîner au détroit supérieur, puis à l'extérieur, tout cela fut l'affaire, nous pouvons le dire, d'un simple tour de main. Les conditions étaient d'ailleurs des plus favorables pour l'exécution rapide de la manœuvre. Aussitôt l'ombilic du fœtus arrivé au dehors, le cordon fut mis en sûreté au devant du ligament sacro-sciatique droit.

Grâce à la précaution que nous avions prise de faire comprimer le ventre de la patiente par une femme présente à l'accouchement, et grâce aussi à l'énergie des contractions utérines, ainsi qu'aux ménagements que nous mettions dans nos tractions pour l'extraction du tronc, un seul bras du fœtus, le gauche, qui était en avant et à droite, se redressa sur les côtés de la tête et nous donna de la peine à dégager. Nous parvînmes pourtant avec notre main gauche à le faire glisser derrière le trou sous-pubien droit, à amener le coude sous le pubis et enfin à dégager l'avant-bras sur le côté droit de la vulve. Ce dégagement opéré, le dos du fœtus, qui regardait presque directement en avant, tourna tout seul à gauche. Le diamètre bi-acromial, ou plus exactement bi-huméral, car les épaules étaient dans l'excavation, occupait le coccy-pubien.

Les tractions faites sur les cuisses n'avançaient pas l'extraction. Nous comprîmes alors que la tête était retenue au détroit supérieur. Aussitôt nous glissons à plat notre main gauche sur le plan sternal du fœtus jusque dans l'excavation avec l'intention d'aller accrocher la mâchoire inférieure et de l'abaisser. Impossible de l'atteindre. Nous retirons

cette main et nous glissons de la même manière la droite sur le plan dorsal jusqu'à la nuque sur laquelle nous appliquons nos doigts en fourche de façon à pouvoir tirer sur le cou. Nous sentons bien alors que la tête est en position transversale au détroit supérieur et qu'elle y est retenue par son diamètre bimastoïdien arrêté au sacro-pubien. Nos premiers efforts restent encore impuissants. L'enfant vivait encore, nous devions ménager nos tractions. Nous réintroduisons notre main gauche dans le vagin, après avoir fait incliner fortement le tronc de l'enfant vers la cuisse gauche de la mère, et nous parvenons cette fois, non sans quelques difficultés, à accrocher le menton qui confine à l'extrémité droite du diamètre transverse du détroit supérieur. Nous pouvons l'entraîner sans peine dans l'excavation, et nous le maintenons accroché pendant que, avec la main droite, nous disposons l'enfant à peu près à califourchon sur l'avant-bras de cette main laissée dans l'excavation à l'exception du pouce. Puis nous reportons les doigts de cette main droite libre au-dessus des épaules du fœtus et nous tirons dès lors sans trop ménager nos efforts et sans trop nous occuper de la vie du produit, car il fallait bien avant tout délivrer la mère.

Le dirons-nous, nous avions la perception des craquements qui se produisaient dans la région cervicale de ce pauvre petit être! Mais pouvions-nous agir différemment dans cette triste et si pénible situation ? Nous n'avions pas notre forceps avec nous, et d'ailleurs nous eût-il été de quelque utilité avant les tractions opérées sur le cou? Assurément non.

Enfin, le diamètre bipariétal finit par franchir le diamètre sacro-pubien rétréci, et, une fois la tête descendue dans l'excavation, nous pouvons l'extraire sans plus de difficultés. Il était temps.

L'enfant, dont la région cervicale jouissait d'une mobilité plus qu'ordinaire, tout à fait insolite, vivait encore! Il fit quelques pénibles inspirations, mais il ne tarda pas à succomber. Délivrance naturelle.

Suites de couches normales. Deux jours après, M. Gayraud, de retour de son voyage, prit possession de sa malade qui ne tarda pas, il nous l'a dit plus tard, à reprendre ses occupations habituelles.

Cette observation, selon nous, porte avec elle deux enseignements : d'abord la version sur les pieds faite dans les cas de retrécissement pelvien, par viciation du diamètre sacro-pubien, peut être quelquefois accompagnée des graves accidents que nous venons de signaler, et il ne faut jamais l'entreprendre sans mûre réflexion ; en second lieu, la tête retenue au détroit supérieur, se met en rapport par ses longs diamètres avec le diamè-

tre transverse, et nullement avec le diamètre antéro-postérieur comme le veut Chailly. On y trouve enfin la manœuvre qui nous paraît la plus rationnelle avant de faire usage du forceps, qui ne peut être appliqué. du reste, qu'après allongement préalable du cou par des tractions faites sur les épaules, ainsi que nous l'avons dit précédemment, quand nous nous sommes occupé des mêmes accidents dans les bassins normalement conformés.

Au cas où le bassin trop étroit ne pourrait donner passage au diamètre bipariétal, même sous l'influence de tractions énergiques pratiquées avec le forceps, devrait-on, comme on a conseillé de le faire, séparer d'un coup de ciseaux le tronc d'avec la tête, pour opérer ensuite plus à l'aise, a-t-on dit, soit avec le forceps seulement, soit avec le céphalotribe, soit avec le forceps après excérébration préalable? « Opérer dans ce cas la section du cou de l'enfant, dirons-nous avec Chailly (1), ce serait se priver de ce moyen de fixer la tête, et se créer souvent de grandes difficultés résultant de la mobilité de celle-ci. »

Pratiquer la perforation du crâne entre les cuillères du forceps, en faisant pénétrer les ciseaux de Smellie ou le perforateur de M. Blot à travers la voûte palatine, *par la région sus-hyoïdienne*, est ce que nous tenterions tout d'abord en pareille occurrence, pour n'avoir pas à réintroduire le forceps ou à appliquer le céphalotribe dont le maniement n'est pas du tout facile dans les cas dont il est ici question.

Si pourtant nous éprouvions trop de difficultés à agir entre les branches du forceps mises en place, nous les retirerions, et pendant qu'un aide tirant sur les membres inférieurs du fœtus assujettirait la tête, nous porterions le perforateur dans la bouche, conduit par les deux doigts médius et indicateur de la main gauche. Ce procédé recommandé par Chailly est sûr et d'une innocuité absolue pour la mère, s'il faut en croire cet habile accoucheur. Si la décollation ne pouvait être évitée pour l'exécution des manœuvres destinées à extraire la tête, on pourrait avoir recours à l'artifice suivant, qui est d'une grande simplicité : Avant de donner le coup de ciseaux devant séparer la

(1) Chailly. *Op. cit.*, p. 711.

tête du tronc, porter le plus haut possible sur le cou du fœtus un nœud à double embrasse superposée, comme celui adopté par nos laboureurs pour fixer les guides des chevaux au manche de la charrue, puis sectionner le cou au-dessous de ce nœud vigoureusement serré. Fait avec une ficelle un peu forte il ne pourra jamais lâcher, il est d'une solidité très-grande et il serre d'autant plus qu'on tire davantage sur ses chefs terminaux. Par ce petit moyen, un aide pourra toujours fixer au détroit supérieur la tête fœtale séparée du tronc, et l'accoucheur s'évitera les difficultés souvent très-grandes d'une application du forceps ou du céphalotribe sur la tête restée seule, mobile ou mal fixée au détroit abdominal.

Nous pourrions, en terminant, discuter la valeur du *levier* dont les accoucheurs Belges et Hollandais font tant d'éloges pour les cas tocologiques que nous avons étudiés dans ce travail, nous pourrions également rechercher les avantages du *rétroceps* du Dr Hamon, dans certains cas donnés du genre de ceux que nous avons examinés; mais, comme nous n'avons aucune habitude de ces instruments, et que nos raisonnements ne seraient jamais que des raisonnements, nous préférons nous abstenir d'en parler.

NOTE SUR UN CAS DE TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES (1),

Provoquant le travail et faisant obstacle à la sortie du fœtus. — Arrêt du travail pendant trois semaines, par l'emploi quotidien du chloral associé au laudanum. — Ramollissement des tumeurs. — Accouchement spontané. — Guérison.

Par le Dr A. Charrier,
Secrétaire général de la Société de médecine de Paris, etc., etc.

Au nombre des accidents les plus graves, et heureusement assez rares qui peuvent, pendant la grossesse, ou au moment de l'accouchement, mettre en danger la vie de la mère, on doit compter la présence d'une tumeur fibreuse (myôme, fibrôme,

---

(1) Lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 nov. 1874.

ou fibro-myôme) considérable implantée sur le col, ou sur le segment inférieur de l'utérus.

Sous l'influence de la suractivité fonctionnelle de cet organe, pendant la gestation, ces tumeurs se développent parfois avec une rapidité extrême. Il peut arriver que la tumeur située au-dessous du fœtus, et complètement enclavée dans le petit bassin, en prenant des dimensions énormes, devienne un obstacle absolu à la sortie du fœtus, et qu'une opération : l'ablation de la tumeur, ou l'hystérotomie sus-pubienne, soit la dernière ressource du chirurgien. Il peut arriver aussi que des changements anatomiques survenus dans la consistance, la dureté, la position de la tumeur permettent sa dépressibilité, son aplatissement, son refoulement au-dessus du détroit supérieur, alors l'accouchement spontané s'effectue par les simples forces maternelles.

Il n'en est pas moins vrai que cet état pathologique offre de très-grands dangers pour la mère ; je ne parle pas de l'enfant ; presque toujours il succombe *in utero* pendant le travail qui est dans la grande majorité des cas prématuré, ou presque aussitôt après sa sortie du sein maternel.

La présence d'une tumeur fibreuse sur le col ou sur le segment inférieur de l'utérus, constitue par elle-même un grand danger; mais le danger est augmenté encore quand il survient, comme c'est l'habitude, des hémorrhagies qui sont redoutables par leur abondance et par leur répétition. A la fin de l'an dernier, et au commencement de cette année 1874, j'ai eu à traiter dans ma clientèle un cas de tumeur fibreuse sessile implantée sur le col, ou sur le segment inférieur de l'utérus chez une femme enceinte. Je vais vous communiquer tous les détails de cette observation et les réflexions qu'elle m'a suggérées.

Si l'on parcourt les auteurs qui ont traité la matière, Fabrico de Hilden, Levret, Béclard, Velpeau, Huguier, Am. Forget, Broca, Robin, Jarjavay, Virchow, Ashwell, Ingleby, Simpson, Tarnier, Guéniot, Depaul, Guyon, Magdelaine, Bernaudeaux, Dupuis, John Lambert, etc., etc., on est frappé d'épouvante en relevant tous les cas qui se sont terminés par la mort, que le

chirurgien intervienne par les voies génitales en faisant l'ablation de la tumeur, ou par l'hystérotomie sus-pubienne.

Cependant, mon très-regretté maître Danyau avait eu un succès très-remarquables (*Revue médico-chirurg*,, p. 299, 1851).

Dans cette observation, la tumeur était implantée dans la lèvre postérieure de l'utérus. Elle remplissait le vagin et avait une grande résistance, Danyau prit l'avis de P. Dubois, et lui proposa d'énucléer la tumeur, puisque l'accouchement était impossible. P. Dubois fut de cet avis, Danyau énucléa la tumeur, puis fut obligé de la diviser en deux parties pour en faire l'extraction ; l'opération dura trois quarts d'heure. L'enfant était mort depuis deux ou trois jours, il présentait les pieds ; la mère se rétablit parfaitement.

Quand, précédemment, j'ai parlé de l'effroyable proportion des insuccès dans les cas d'implantation de tumeur fibreuse dans une des parties inférieures de l'utérus, je n'ai entendu parler que des tumeurs *sessiles* développées au milieu du parenchyme utérin faisant saillie dans les voies génitales, situées au-dessous du fœtus et complètement immobiles, car il existe d'autres tumeurs qui, bien qu'implantées au même endroit, sont pédiculées ; alors, les indications sont toutes différentes, les difficultés opératoires bien moindres, et les succès beaucoup plus nombreux.

L'observation que je vais rapporter a été prise jour par jour, et elle acquerra une plus grande valeur, quand on saura que le Dr Félix Guyon m'a assisté de ses bons conseils, et a suivi avec moi toutes les phases de la maladie.

La dame C... est âgée de 26 ans, elle s'est toujours parfaitement portée; pour toute maladie, elle n'a jamais eu que quelques douleurs gastralgiques coïncidant presque toujours avec la menstruation. Les parents n'ont jamais été malades, et sa mère qui a eu plusieurs enfants n'a présenté aucun phénomène pathologique, aucun surtout qui puisse avoir quelques rapports avec le cas qui nous occupe.

Mme C... a eu 3 couches heureuses, elle devint enceinte pour la quatrième fois à la fin d'août 1873. Elle devait donc accoucher vers la fin de mai 1874.

Dès les premiers jours, elle fut malade; elle eut de l'anorexie,

des vomissements, des douleurs abdominales qui retentissaient dans les reins. Un médecin, appelé, méconnut la grossesse commençante, et fit appliquer 12 sangsues au bas-ventre. Les douleurs lombaires, loin de se calmer, augmentèrent ainsi que celles de l'hypogastre. De temps en temps, Mme C... a envie de se trouver mal, elle a des pandiculations, des vomissements fréquents. Elle s'amaigrit, elle a de la pâleur de la face, et elle entend un bruit de souffle dans les oreilles.

Dès les premiers jours de décembre, Mme C... vint me consulter; à l'état anémique se joignait un état local du côté de l'utérus qui avait éveillé l'attention de la patiente surtout depuis huit jours. Elle éprouve des tiraillements douloureux dans les lombes, dans les aines, elle ne peut faire deux pas, ou rester un peu debout sans éprouver des envies de se trouver mal.

Je pratique le toucher vaginal. Je constate d'abord un écoulement incolore et inodore *très-considérable*, la matrice abaissée, déviée à droite comme si elle était fortement tiraillée par le ligament rond; en appuyant la main au-dessus du pubis, un peu plus à droite qu'à gauche, on rencontre l'utérus développé comme à 3 mois 1/2, 4 mois de grossesse. Je ne pus pas sentir de ballottement. Grossesse de 3 mois 1/2 à 4 mois, compliquée d'abaissement et de déviation utérine ; tel est mon diagnostic, mais il reste toujours dans mon esprit une inconnue : quelle est la cause de cette déviation et de cette *leucorrhée énorme ?*

Il y a quelque chose d'anormal, mais qui m'échappe complètement; en réexaminant par le palper abdominal, je distingue que le fond de l'utérus n'est pas horizontal ; la corne gauche est plus haute que la droite et plus en arrière. L'utérus est donc en latéroversion et un peu tordu sur son axe de gauche à droite suivant le diamètre bisiliaque; le col paraît avoir suivi ce mouvement de latéroversion et semble taillé latéralement en biseau. Les culs-de-sac vaginaux sont libres et non douloureux.

Vers le 20 décembre 1873, les mouvements actifs du fœtus se font sentir à la mère, puis les symptômes douloureux augmentent, et la malade se plaint d'avoir souvent envie de pousser comme pour accoucher. Plusieurs jours se passent ainsi.

Le 28. Je vais chez Mme C... et je trouve en effet une tumeur plus grosse qu'un œuf de dinde qui fait saillie dans le vagin ; elle paraît être le prolongement de la lèvre antérieure du col, je dis, elle paraît, car il m'est impossible,quelque soin que j'y apporte,de savoir où est la base d'implantation, je ne puis découvrir aucun sillon, aucune dépression, et l'orifice est introuvable.

J'avais donc la clef de la déviation utérine, et j'étais en présence d'une tumeur fibreuse, implantée dans le segment inférieur de l'utérus

probablement en avant et à droite, compliquée d'une grossesse. Que devais-je faire? La malade avait des envies fréquentes de pousser comme pour accoucher. Je savais le danger qu'il y a à intervenir dans les cas de tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, à cause de la vascularité de l'utérus. J'espérais, si la tumeur n'avait pas un accroissement très-rapide, que la fausse couche aurait lieu. Alors le danger serait déjà moindre et l'on s'inspirerait des indications du moment; mais mon espérance fut déçue et l'accroissement de la tumeur fut tel que vers le milieu de janvier la malade ne pouvait plus marcher, elle restait à la chambre.

La malade recevait alors les conseils habituels de M. le Dr Mouillon et de Mme Duport, sage-femme qui a donné à notre malade les soins les plus intelligents et les plus dévoués pendant toute sa maladie. Il avait été convenu entre le mari de ma malade et moi que, dès qu'il y aurait quelque chose d'insolite, je serais appelé.

Le 25 février, une hémorrhagie assez abondante se déclare et s'accompagne de douleurs expultrices, mais la tumeur s'était tellement accrue que le Dr Mouillon et la sage-femme pensèrent que jamais l'accouchement ne pourrait se faire naturellement, et je fus appelé immédiatement.

Le 26. Au matin je me rends chez Mme C... et je trouve entre les lèvres de la vulve, la distendant, une tumeur comparable à un œuf d'autruche, dure, résistante, ne se laissant nullement déprimer; elle est blanchâtre, d'aspect fibreux. Le doigt introduit en fait difficilement le tour; il est impossible de connaître son point d'insertion ni la position de l'orifice. Le fœtus est vivant. Quelle était la conduite à tenir dans une occurrence aussi grave? La malade, épuisée par l'hémorrhagie, par l'abondance de l'écoulement qui est devenu fétide, ne peut évidemment aller jusqu'à terme; de plus, les douleurs expultrices sont fréquentes, longues et très-violentes. Que va-t-il survenir? l'utérus va-t-il se rompre? une péritonite se déclarera-t-elle? y aura-t-il des hémorrhagies nouvelles? Je me rappelais l'heureuse terminaison de l'opération de Danyau, fallait-il opérer? et quel mode opératoire adopter? serait-ce l'énucléation? faudrait-il tenter la ligature, ou l'écrasement? Je priai alors mon ami, M. le Dr Félix Guyon, de venir en consultation avec moi et le Dr Mouillon. Son diagnostic est le même que le mien, et il croit comme moi qu'il faudra opérer. Mais cependant il fait ses réserves, la mort n'est pas imminente, la perte sanguine ne s'est pas renouvelée. Nous étions le dimanche 1er mars, il fut d'avis d'attendre, il reviendra jeudi suivant, tout sera préparé pour l'opération, et s'il y a lieu on tâchera de renouveler l'opération de Danyau.

Le jeudi 5 mars. Nouvelle consultation. La malade qui a pris des toniques est mieux comme état général, l'hémorrhagie ne s'est pas

reproduite, et la tumeur ne s'est pas accrue. Nous convînmes d'attendre encore.

Le 6. Douleurs d'expulsion.

Laudanum en lavement à la dose de 20 gouttes, matin et soir, avec chloral 2 grammes. Les douleurs cessent jusqu'au 8 mars. — Injections phéniquées.

Le dimanche 8. M. Guyon et moi constatons un commencement de ramollissement peu appréciable à la base de la tumeur, c'est-à-dire aussi haut que l'on peut porter le doigt dans le vagin.

Alors il fut convenu entre nous devant ces deux faits d'une importance capitale : 1° l'arrêt d'accroissement de la tumeur, 2° le commencement de ramollissement, de faire tout pour suspendre le travail d'expulsion. On a vu des tumeurs fibreuses se ramollir, et permettre l'accouchement naturel et spontané. Si ce travail était commencé, comme tout le faisait présumer, il fallait à tout prix attendre et empêcher le travail d'expulsion, jusqu'à ce que la dépressibilité de la tumeur pût permettre le passage du fœtus.

Douleurs vives. 2 grammes de chloral additionné de 20 gouttes de laudanum, matin et soir. Suspension du travail. On sent bien la contraction de l'utérus par la main appuyée sur le ventre, et les douleurs sont bien des douleurs d'expulsion.

Le 12. Hémorrhagie assez considérable. — Cognac, glace. — Vomissements fréquents.

Le 18. Hémorrhagie. — (*Champagne frappé*, *Cognac.*) — Ramollissement évident de la tumeur à la partie droite et supérieure, écoulement d'une fétidité extrême.—Injections quatre fois par jour avec de l'eau additionnée de permanganate de potasse, 20 grammes pour 1,000; compresses imbibées de ce liquide sur la vulve.

Le 20. Nous croyons la malade perdue : frissons, pouls à 140, petit, misérable ; ballonnement du ventre ; nez froid ; haleine froide et fétide ; peau visqueuse ; douleur très-vive à l'épigastre à la pression, vomissements porracés. — Large vésicatoire sur le ventre ; sulfate de quinine, 80 centigrammes en deux paquets, un le matin, un le soir ; toniques, glace, injections.

Le 21, *au matin*. Une légère amélioration s'est faite, la chaleur est revenue, une sueur profuse et infecte a eu lieu ; la malade vomit encore, mais moins souvent ; le pouls est à 120, et la tumeur s'est tellement ramollie qu'elle se laisse déprimer de moitié. — Je cesse tout traitement anti-abortif.

Les douleurs expulsives se déclarent vers les trois heures de l'après-midi ; elles sont régulières. — A six heures du soir elles continuent. — La malade pousse, je m'abstiens de toute exploration dans la crainte de provoquer une hémorrhagie.

Les douleurs continuent régulièrement toute la nuit, et le 22, à

trois heures du soir, c'est-à-dire vingt-huit heures après la cessation du chloral associé au laudanum, un fœtus de 7 mois est expulsé vivant ; il meurt douze heures après sa naissance. — La délivrance est naturelle ; le placenta est complet et normal. Entre les grandes lèvres pend une grande partie de la tumeur flasque et d'une fétidité extrême. Tout ce qui sort de la vulve est réséqué d'un coup de ciseau (12 centimètres de long sur 9 de large et 6 de hauteur).

Le dégorgement utérin fut faible. On continue les injections désinfectantes quatre fois par jour (2 grammes de seigle en une fois).

Le 23. Les vomissements ont cessé. La malade prend du vin et du bouillon. — Pouls à 100.

M. Guyon qui a été prévenu de cette bonne nouvelle vient voir la malade. Nous trouvons entre les grandes lèvres la partie supérieure de la tumeur qui ressemble aux membranes enroulées sur elles-mêmes ; elle est flétrie. Une légère traction la détache sans efforts, sans hémorrhagie (10 centimètres de long sur 4 d'épaisseur).

Le 25. La malade s'alimente ; elle est bien. Pouls à 90, sans chaleur à la peau.

Le soir, elle rend, à la suite d'une tranchée utérine, une tumeur aplatie, grosse comme une œuf de poule.

Le 29. Une troisième tumeur, de même nature et de même grosseur, est encore rendue spontanément à la suite d'une légère contraction utérine. La leucorrhée fétide disparaît, et la convalescence a lieu sans encombre, aidée par les ferrugineux et le vin de quinquina.

J'ai revu et examiné notre malade il y a un mois ; elle est très-bien portante, l'utérus est à sa place, sans déviation aucune, et Mme C.... n'éprouve plus aucune douleur, ni aucun tiraillement, ni dans l'abdomen, ni dans les reins.

Qu'il me soit permis maintenant, de faire part des quelques réflexions qui me sont venues à l'esprit à propos de ce cas de dystocie si grave et terminé si heureusement.

Quand j'examinai Mme C..., pour la première fois, nulle tumeur n'était appréciable par le toucher et il n'existait aucun autre symptôme que la déviation utérine et l'écoulement considérable à tel point, que plusieurs serviettes, 5 ou 6, étaient trempées dans les vingt-quatre heures.

La déviation utérine était accompagnée de douleurs lombaires et abdominales très-vives. Or, une déviation utérine n'est guère douloureuse que lorsqu'il existe un point inflammatoire dans les régions circonvoisines, les culs-de-sac vaginaux sont toujours à quelque endroit douloureux au toucher.

Or, ces culs-de-sac vaginaux étaient souples et complètement indolores, il y avait donc quelque chose d'anormal. Mais ce qui avait frappé le plus mon attention et qui me semblait inexplicable c'était *cet écoulement leucorrhéique énorme*. J'avais pensé à une hydrorrhée utérine, à la rupture prématurée des membranes au-dessus du cercle utérin. Mais jamais l'écoulement n'est continuel ni aussi considérable, il est intermittent, il se passe quelquefois plusieurs jours sans écoulement aucun, de plus il n'est pas fétide.

Or, dans un cas pareil, on pourra, en tenant compte de la grande quantité de liquide écoulé depuis le commencement de la grossesse, soupçonner l'existence d'une tumeur fibreuse intra-utérine qui n'est pas encore appréciable par le toucher, mais qui, par sa présence, joue le rôle de corps étranger et excite la sécrétion des glandes utérines.

Cet écoulement d'inodore qu'il était devient fétide, comme dans la gangrène, il est probable que la fétidité a paru avec le commencement du ramollissement de la tumeur; si ce fait se reproduisait et était constaté de nouveau, il aurait une importance pronostique capitale, puisqu'il indiquerait l'arrêt de développement, le ramollissement de la tumeur, et la possibilité plus ou moins prochaine de l'accouchement spontané, et, comme conséquence au point de vue du traitement, l'abstention complète de toute intervention chirurgicale.

Avant d'appeler M. Guyon en consultation, j'avais bien souvent repassé dans mon esprit tous les moyens qui avaient été employés dans des occurrences pareilles, et j'avais pensé à ponctionner l'œuf, à arrêter ainsi la grossesse. M. Depaul a rapporté un exemple de cette méthode, qui avait été suivie de guérison. Cette idée me semblait bonne et rationnelle; en effet, il n'est pas probable que la grossesse puisse aller jusqu'à son terme; l'enfant est presque fatalement voué à la mort, d'autre part, nous savions que l'on a vu des tumeurs se flétrir très-rapidement après l'accouchement et être spontanément expulsées, or, en arrêtant l'activité fonctionnelle de l'organe et en provoquant ainsi un travail régressif, tout portait à croire que la tumeur, ou se flétrirait d'elle-même. ou serait quelque temps

après opérable avec beaucoup moins de dangers pour la mère. Mais j'avais compté sans l'impossibilité de trouver l'orifice utérin, impossibilité absolue, non-seulement constatée par moi, mais par M. Guyon.

Par où alors ponctionner l'œuf? par le vagin? C'était bien aléatoire en avant, derrière les pubis, on blessait la vessie, le péritoine, en arrière, on ne pouvait pas contourner la tumeur, en haut, on pénétrait à coup sûr dans le cul-de-sac péritonéal postérieur; fallait-il prendre la voie rectale ou la voie sus-pubienne et employer l'aspirateur de M. Dieulafoy? J'avoue que tous ces moyens me semblaient très-scabreux, et tant que la mort ne m'aurait pas paru imminente, je n'aurais absolument rien tenté; je serais resté dans l'expectation pure. M. Guyon fut de cet avis quand nous discutâmes ensemble le procédé à employer; la ligature, l'écrasement n'étaient pas possibles, le doigt entrait avec peine entre la tumeur et la paroi vaginale tendue sur elle; il ne restait donc que l'énucléation, et M. Guyon était d'avis, si l'on était forcé d'opérer, d'imiter la conduite de Danyau, mais, comme je l'ai déjà dit plus haut, M. Guyon fit ses réserves. « Si la tumeur se ramollissait en un « seul point, disait-il, nous serions presque sûrs que la désa- « grégation de la tumeur se ferait vite, et encore plus vite que « l'accroissement primitif, et l'accouchement aurait lieu spon- « tanément; donc, tant que la mort ne nous semblera pas pro- « chaine, n'intervenons pas, attendons. » Cette sage conduite a porté ses fruits, et notre malade a guéri. A un moment donné, elle a été prise d'accidents excessivement graves : frissons, ballonnement du ventre, pouls à 140, facies grippé, nez froid, haleine fétide, douleurs très-vives au creux épigastrique, comme dans la péritonite post-puerpérale rapidement mortelle, elle semblait avoir des accidents de pyohémie et devoir infailliblement succomber, et cependant un faible espoir me resta; quand ces formidables accidents survinrent, notre malade n'était pas à l'hôpital, elle n'était pas accouchée; ces accidents pouvaient être dus seulement à l'infection putride, et non à la pyohémie. Or on guérit de l'infection putride, jamais de l'infection purulente. C'est dans cette espérance que j'instituai un traitement

énergique et antiseptique et, le lendemain, nous eûmes le bonheur de voir notre malade un peu mieux et, aussitôt après l'accouchement, entrer en convalescence.

Je ferai, en dernier lieu, observer une chose, c'est l'immense service que nous a rendu encore l'association du chloral au laudanum pour suspendre les contractions utérines ; pendant près de trois semaines nous avons suspendu le travail et nous avons ainsi donné à la tumeur le temps de se ramollir, de s'affaisser et par suite à l'utérus la possibilité de se débarrasser du fœtus, puis, ce qu'il y a de curieux, c'est, après l'accouchement, l'expulsion spontanée, sans hémorrhagie, après une contraction utérine un peu forte d'abord le deuxième jour, d'une seconde tumeur fibreuse, flétrie et aplatie ; puis le sixième jour d'une troisième tumeur identiquement semblable à la seconde et de même tissu que les deux premières. Ainsi, Mme C... avait trois tumeurs développées dans le parenchyme utérin : une dans la lèvre antérieure ou dans le segment inférieur de l'utérus, celle-là, la plus considérable et qui avait fait obstacle à l'accouchement. Les deux autres étaient interstitielles, faisaient saillie à la face interne de l'utérus et étaient situées au-dessus de l'œuf ou au moins sur ses côtés.

L'examen histologique de ces tumeùrs a été fait par M. le Dr Charles Monod, chef du laboratoire de l'hôpital des Cliniques. En voici le résumé : « Cette tumeur paraît être un « myôme, ou fibro-myôme de l'utérus dans lequel les fibres « musculaires lisses l'emportent de beaucoup sur le tissu conjonctif. Ce dernier ne constitue dans ce cas qu'un élément « accessoire. L'absence de toute cavité glandulaire permet, à « défaut d'autres motifs, de laisser de côté l'idée que cette tu« meur aurait pu être composée par une portion de tissu utérin « lui-même. »

De cette observation, messieurs, quels enseignements pouvons-nous tirer au point de vue du diagnostic et du traitement? Les voici : 1° Quand une femme souffrira continuellement des reins, de l'abdomen, depuis le commencement de la grossesse, sans aucune inflammation circonvoisine, qu'il y aura déviation ou abaissement de l'utérus, quand un écoulement énorme

de liquide aura lieu continuellement, on pourra soupçonner l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs fibreuses faisant saillie à la face interne de l'utérus.

Alors il faudra examiner fréquemment la malade, et dès que la tumeur apparaîtra au dehors de la cavité utérine, se rappeler la possibilité d'un accroissement très-rapide sous l'influence de la grossesse, et si la tumeur est sessile, dès que l'accroissement aura été constaté, il faudra, si faire se peut, de bonne heure ponctionner l'œuf, pour suspendre la gestation et provoquer ainsi la régression de la tumeur.

2° Si l'on était consulté trop tard, pour pouvoir pratiquer cette opération ; que la tumeur fût dure, résistante ; que l'accouchement semblât impossible par la présence de la tumeur dans le vagin et que le travail se déclarât, il serait indiqué de tout faire pour arrêter le travail, pour donner le temps au produit pathologique de se ramollir et ne plus faire obstacle à la sortie du fœtus.

3° Un signe d'une grande valeur, sera la fétidité de l'écoulement. Cette fétidité commence avec le ramollissement et la désorganisation de la tumeur ; de là, l'indication de s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

4° Si l'opération devenait d'absolue nécessité, tâcher d'employer l'écrasement linéaire ou la ligature, et, si ces moyens sont impraticables, imiter la conduite de Danyau et faire l'énucléation, et, s'il le faut, la division ou le morcellement du néoplasme.

5° Enfin, si l'hystérotomie était la seule opération possible, la dernière chance de salut pour la mère, ne la faire qu'à la dernière extrémité, attendre jusqu'à la dernière limite, car ces tumeurs peuvent se ramollir avec plus de rapidité encore qu'elles n'en ont mise à croître et à se développer.

DE LA LÉSION ET DE LA MALADIE

DANS LES AFFECTIONS CHRONIQUES

DU SYSTÈME UTÉRIN

Par le Dr Emile Tillot,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-Inspecteur des eaux minérales de Saint-Christau.

(3e article) (1).

3e CATÉGORIE. — *Scrofule et Arthritis.*

Souvent, dit M. Bazin, l'individu arthritique a été scrofuleux dans l'enfance, c'est une assertion que nous avons eu bien souvent l'occasion de vérifier et que les observations qui suivent sont destinées à appuyer. Généralement la scrofule est l'apanage de l'enfance et de la jeunesse en tant que grosses manifestations, mais il est possible qu'après avoir cédé le pas à l'arthritis pendant une certaine période de l'existence, elle reprenne le dessus dans la vieillesse; c'est une opinion que le Dr Dumoulin a essayé de faire valoir dans un mémoire fort intéressant, mais, comme nous ne nous occupons ici que d'affections développées chez des personnes non âgées, nous nous contentons de rapporter des observations de femmes encore jeunes ayant eu de la scrofule dans l'enfance et chez lesquelles cette diathèse a fait place à un certain moment à l'arthritis. Celle-ci se manifeste plus souvent après la puberté qu'avant, cependant les exemples de rhumatisme articulaire ou musculaire, de dermatoses arthritiques, d'asthme et de migraine vraie ne sont nullement rares chez les jeunes filles non pubères.

---

(1) Voir les numéros d'octobre et de décembre 1874.

OBSERVATION XVII.

Affection : *Métrite chronique, érosion, granulations fongueuses.* — Diathèse : *Scrofule et arthritis, adénite suppurée, douleurs articulaires, migraine, gastralgie, urticaire, conjonctivite, prurit anal.*

La nommée X..., âgée de 30 ans, entre le 7 août 1860, salle Sainte-Joséphine, no 12 (hôpital Lariboisière). Constitution forte et grasse. Bien musclée.

Parents. — Mère sujette depuis l'âge de 12 ans à la *goutte* dans le bras, à des sueurs abondantes, à la *migraine*, à des flux *hémorrhoïdaires* très-intense depuis la ménopause.

Antécédents. — Dans l'enfance, *adénite* suppurée. Jamais d'épistaxis, pas de métrorrhagie habituelle. Il y a deux ans, *urticaire* généralisée qui s'est produite plusieurs jours de suite, jamais d'autre affection cutanée ; il y a deux ans, *perte de sang* abondante par le *rectum*. La malade a eu des douleurs *rhumatismales* dans le membre inférieur gauche, elle est sujette à des *douleurs articulaires* vagues, à la *migraine* (hémicrânie avec vomissements), au *prurit anal*, à des *picotements dans les yeux*, qui deviennent *rouges*, à la *gastralgie*, élancements, *crampes*, à une sensation de sécheresse dans le gosier. Toujours bien réglée, sans dysménorrhée ; il n'y a que trois mois et demi que sont survenus les troubles utérins, à la suite de violents chagrins : douleurs lombaires, hypogastriques, s'irradiant dans les cuisses, mictions, céphalalgie continuelle.

État actuel. — Constitution forte et grasse. *Goître* héréditaire ; sa mère et une de ses tantes sont affligées de la même difformité. Col en rétroflexion, utérus en rétroversion, mobile, mais très-sensible au toucher et au ballottement. Au spéculum, col gros présentant une surface dépouillée d'épithélium, à surface fongueuse et saignant facilement.

Résumons ce cas. Une femme, née d'une mère goutteuse, ayant été scrofuleuse dans son enfance et présentant plus tard des signes de diathèse arthritique : douleurs articulaires et musculaires, migraine, gastralgie, urticaire, conjonctivite, prurit anal, hémorrhoïdes, est affectée d'une métrite chronique caractérisée par un gonflement avec sensibilité et déviation de l'utérus et des granulations fongueuses. Il est impossible de nier ici l'état général morbide dont les traits s'accusent chez la malade et chez sa mère.

Observation XVIII.

Affection : *Pelvi-péritonite.* — Diathèse : *Scrofule dans l'enfance, arthritis; gastralgie, vertiges, douleurs erratiques, érythème ou lichen.*

Au nº 17 de la salle Sainte-Joséphine (hôpital Lariboisière) est entrée la nommée A..., gantière, âgée de 23 ans.

Parents. — Mère morte en accouchant, sujette pendant sa vie aux *varices* et au *flux hémorrhoïdal.* Ses frères et ses sœurs ont eu des convulsions dans l'enfance, une de ses sœurs est épileptique.

Antécédents. — Convulsions dans l'enfance. *Gourme* très-tenace, qui a persisté jusqu'à l'âge de 10 ans, pas d'adénite, cependant. *Douleurs rhumatismales* erratiques, *gastralgie,* boulimie, inappétence, vertiges, constipation habituelle, de temps à autre éruption généralisée de *boutons rouges,* qui disparaissent rapidement sans causer de prurit et qu'elle compare aux boutons de la rougeole. Hémorrhoïdes fluentes.

Antécédents utérins. — Réglée à 11 ans, elle n'a jamais eu de dysménorrhée, menstruation habituellement irrégulière. Depuis deux ou trois ans la *leucorrhée,* qui venait seulement au moment des règles, est devenue permanente. Ni enfants ni fausse couche.

Depuis deux mois, sans cause connue, douleurs dans le ventre et les reins, s'irradiant dans les cuisses.

État actuel. — Facies coloré, embonpoint ; accuse les douleurs ci-dessus mentionnées ; pas de sensation de pesanteur sur le fondement, mais mictious fréquentes.

Rien d'appréciable au palper abdominal. Au toucher, utérus assez mobile, col assez gros, mou, entr'ouvert, le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur bosselée, inégale, dure en certains points, molle dans d'autres, donnant l'idée d'anses intestinales agglomérées. Dans le cul-de-sac droit, petite tumeur bosselée, douloureuse au toucher. L'hystéromètre ne peut pénétrer plus loin que 2 centimètres; pas d'examen au spéculum. Il existe des hémorrhoïdes au pourtour de l'anus.

Chez cette malade on pourrait peut-être douter de la scrofule à cause de l'absence d'adénite, mais la persistance de l'éruption du cuir chevelu développée dans l'enfance m'a fait écrire scrofule en tête du diagnostic ; quant à l'arthritis, son existence n'est pas douteuse ; dans les antécédents et chez la malade, douleurs articulaires, gastralgie, vertiges, hémorrhoïdes, éruption érythémateuse (peut-être *pityriasis rubra*); notons chez elle l'absence de causes déterminantes physiologiques : accouchement ou avortement. Le point de départ des accidents paraît avoir été un catarrhe utérin (la leucorrhée permanente depuis plusieurs années), qui aurait déterminé il y a quelques mois un travail phlegmasique dans le péritoine circonvoisin.

Observation XIX.

Affection : *Antéversion, catarrhe utérin, érosion, granulations.* — Diathèse : *Scrofule et arthritis : adénite, douleurs articulaires, dyspepsie, hémorrhoïdes.*

Mme L..., 26 ans, constitution forte et grasse. Tempérament lymphatique ; nez violacé.

Parents. — Père mort d'une affection organique du larynx; mère très-nerveuse, sujette aux douleurs *articulaires*, ayant même une arthrite chronique de l'articulation sterno-claviculaire droite, sujette au flux *hémorrhoïdal*, soigné par moi après la ménopause pour une leucorrhée vaginale et des granulations du col. (V. l'obs. 13.)

Antécédents. — Dans l'enfance et souvent encore *adénite sous-maxillaire* fréquente, souvent des *douleurs* le long du rachis ou le long des *doigts*, sujette à la *dyspepsie*, aux vomissements pituiteux le matin, jamais de métrorrhagie, souvent flux hémorrhoïdal.

Etat actuel. — Cette dame me consulta en 1863 pour de la *leucorrhée* et des douleurs lombaires et inguinales datant d'un an, ayant apparu plusieurs mois après un accouchement. Pas de sensibilité au ballottement de l'utérus, rien dans les culs-de-sac, utérus en antéversión, col un peu gros en rétroflexion; au spéculum, col entr'ouvert, laissant échapper du mucus glaireux.

Le traitement fut long, et pendant son cours, il se manifesta des granulations sur le col et des érosions.

Je ne veux nullement entrer dans les détails du traitement, qu'il me suffise de dire que sous l'influence des préparations iodées, de l'hydrothérapie, des cautérisations et des injections astringentes j'arrivai à guérir radicalement cette dame qui vient de me consulter (mai 1874) pour un petit *engorgement ganglionnaire* de l'aisselle déjà ancien, et j'ai pu m'assurer que la guérison était bien solide et bien réelle.

Si cette dame est entachée d'un peu de scrofule à cause de la facilité avec laquelle se prennent les ganglions chez elle, je crois qu'il faut attribuer son affection principalement à une arthritis héréditaire puisque j'en ai constaté les indices chez la mère (V. *Obs.* 13). Cette arthritis se manifesterait chez elle par des douleurs le long du rachis et dans les doigts, de la dyspepsie avec vomissements de pituite, et du catarrhe utérin. Quant aux granulations et aux érosions, je les considère comme dues au catarrhe utérin. Il est à noter que la mère a été également atteinte de catarrhe utérin et de granulations.

Observation XX.

Affection : *Névralgie utérine*, *métrorrhagie*, *leucorrhée*, *avortement*. — Diathèse : *Scrofule : arthrite chronique*, *acné* ; *Arthritis : urticaire*, *pityriasis*, *gastralgie*, *dyspepsie*.

Mme P..., employée, 33 ans. Constitution moyenne, tempérament lymphatique que j'ai eu à traiter pendant l'année 1859 et que j'ai revue souvent depuis ce moment.

Antécédents.—A 18 ans, *arthrite* chronique ayant duré dix-huit mois. Sujette à des poussées d'*urticaire* qui surviennent sous l'influence d'un refroidissement, d'une alimentation, à des poussées d'*acné* à la face ; depuis la puberté, palpitations, gastralgie, *dyspepsie* flatulente, inquiétudes dans les jambes.

Antécédents utérins. — Première époque sans douleurs, menstruation régulière jusqu'à il y a deux ans. 6 enfants. Tous les accouchements ont été prématurés à six ou sept mois. Deux enfants sont venus à huit mois et vivent encore, l'un d'eux a eu de l'*herpès* et des *furoncles*, l'autre de l'*adénite sous-maxillaire*. Le dernier accouchement remonte à cinq ans. Après cette couche, métro-péritonite. Pendant toutes les grossesses la santé était bonne, mais la moindre cause provoquait l'avortement. Il y a deux ans, névralgie faciale, puis perte utérine qui a duré un mois, venue sans cause connue, peu abondante, mais continue avec caillots te accompagnée de douleurs lombaires; depuis ce moment, il est resté des douleurs dans les reins, des coliques à chaque époque ; il y a un an environ, *métrorrhagie* qui s'est répétée depuis et fut remplacée par de la *leucorrhée* qui persiste encore. M. Cusco reconnut une double ulcération.

Etat actuel. — Teint un peu pâle, face bouffie, chairs molles et flasques. Mme P... accuse des douleurs profondes, lancinantes, presque continuelles, une sensation de poids dans le ventre, de la fatigue produite par la station verticale, et quand elle fait une course un peu longue, elle perd du sang. Elle a dans ce moment de l'acné miliaire à la face, les cheveux sont clair semés (il y a eu du *pityriasis* ou de l'*acné sebacea* du cuir chevelu. Le ventre est souple avec un peu de rénitence dans le flanc gauche; au toucher, pas de déviation, ni d'abaissement, dans le cul-de-sac gauche, noyau ancien, col sain, ni ulcérations, ni granulations.

Plusieurs fois il survint des poussées congestives vers l'utérus et le ligament large droit, la *leucorrhée* et la *métrorrhagie* alternaient. Cette dame eut aussi une amygdalite avec engorgement ganglionnaire, et, à diverses reprises, je vis se développer chez elle de l'urticaire qui disparaissait promptement.

S'il faut s'en rapporter à l'habitus et au facies de cette dame, la diathèse scrofuleuse de l'enfance accusée par l'arthrite chronique et plus tard par l'acné sebacea, ne demandait qu'à se manifester, aussi je crois que chez elle l'arthritis (urticaire, pityriasis, gastralgie, dyspepsie, devaient s'associer pour produire l'anémie à laquelle elle était en proie et l'hystéricisme dont j'ai vu plusieurs fois chez elle des manifestations ; c'est probablement à la scrofule qu'il faut attribuer chez Mme P., la facilité aux avortements qui ne lui a permis que d'élever deux enfants sur six. Je serais aussi assez disposé à répéter pour cette malade ce que j'ai dit de l'alopécie et de l'acné sebacea du cuir chevelu.

Observation XXI

Affection : *granulations du col*, *leucorrhée*. — Diathèse : *Scrofule*, *gourme*, *engorgement ganglionnaire*, *arthritis*, *eczéma circonscrit*, *gastralgie*, *varices*.

La nommée M..., 27 ans, couturière, entrée à la salle Sainte-Joséphine, n° 22, le 6 novembre 1860. Très-nerveuse, sujette aux attaques d'hystérie.

Antécédents. — Ni goutte, ni rhumatismes chez les parents ; dans son enfance, *gourme très-tenace*, qui a duré près d'un an, accompagnée d'*adénite sous-maxillaire*. Santé parfaite jusqu'au moment où elle vint habiter Paris, c'est-à-dire il y a huit ans. Depuis ce moment, éruption de *boutons*, revenant tous les ans, siégeant sur les cuisses, formant des *plaques rouges*, s'accompagnant d'un prurit intense. Depuis deux ans, gastralgie fréquente ; depuis un an, migraine qui apparaît tous les jours. Accouchée il y a quatre ans, elle eut des *varices* pendant sa grossesse. Elle n'a jamais été bien réglée, mais n'a pas eu de douleurs lombaires ou hypogastriques ni métrorrhagie ; *leucorrhée* datant de deux ans.

Etat actuel. — Facies coloré, embonpoint. Nulle douleur dans le bas-ventre ou les reins, la malade ne se plaint que de *leucorrhée*. On l'examine au spéculum et l'on constate l'existence de *granulations* sur le col.

Cette femme a été scrofuleuse dans son enfance et elle est sujette depuis de longues années à une éruption cutanée qui, d'après son récit, doit être un érythème ou un eczéma. Cette affection est double, s'accompagne d'un violent prurit. La malade

a de la leucorrhée et des granulations. N'ayant pas vu l'éruption, nous hésitons entre une arthritide et une herpétide, et les granulations peuvent être la cause ou l'effet de sa leucorrhée; mais ce qu'il y a de positif, c'est que la malade est placée sous le coup d'une maladie constitutionnelle.

Observation XXII.

Affection : *Métrite chronique, phlegmon péri-utérin.* — Diathèse : *Scrofule et arthritis, adénite suppurée, kératite, phthisie, gastralgie, névralgies, acné, pityriasis du cuir chevelu, nervosisme.*

Mme de X..., que j'ai eu occasion de soigner pendant plusieurs années et qui est morte tuberculeuse à 27 ans, était d'une constitution moyenne et d'un tempérament lymphatique.

Antécédents de famille. — Grand'mère paternelle très-lymphatique, très-obèse. Père très-fort, bien constitué, sujet aux douleurs articulaires et au flux hémorrhoïdal, très-bien portant d'ailleurs. Mère bien constituée, affectée d'angine glanduleuse. Oncles du côté paternel atteints l'un d'eczéma arthritique manuel et plantaire ; l'autre d'eczéma, de blépharite et de dacryocystite; un de ses frères, sujet à l'urticaire, a eu de l'adénite inguinale suppurée avec décollement et une bronchite chronique qui a simulé pendant deux ans la phthisie. Un autre frère a eu du rhumatisme articulaire et a des troubles cardiaques. Une sœur est sujette à la gastralgie, à la dyspepsie; ayant eu un phlegmon péri-utérin ; elle est sujette à l'herpès vulvaire et a très-facilement des engorgements ganglionnaires.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, *kératite*, qui a prescrit un albugo, lequel a fini par disparaître. *Ostéite* de la mâchoire; ayant laissé sur la joue une cicatrice déprimée, adhérente aux os.

Antécédents utérins. — Mme de X... fut réglée à 11 ans, mariée à 17 ans, accouchée à 19 ans. L'accouchement fut facile et sans suites fâcheuses. Trois mois après, la santé se dérangea et il survint des troubles dans le système utérin : douleurs névralgiques variables, palpitations, gastralgie, disposition aux syncopes, douleurs lombaires, leucorrhée, sensation de poids sur le rectum, plus tard douleurs intercostales. Divers médecins, entre autres M. Velpeau, consultés, ont diagnostiqué un engorgement de l'utérus, ont pratiqué diverses cautérisations et ont prescrit de l'huile de foie de morue. Mme de X... est sujette aux palpitations, à la boule hystérique et à des poussées d'acné faciale. Elle est habituellement constipée.

Etat actuel. — Facies pâle, un peu bouffi. Mme de X... a une douleur dans le flanc droit ; dans ce point, la pression est un peu sensible ; au toucher, col de l'utérus gros, un peu irrégulier, peu sensible au ballottement; dans le cul-de-sac postérieur, tumeur dure, assez sen-

sible, grosse comme un petit œuf de poule, séparée de l'utérus par un sillon.

Mme de X... a de l'*angine glanduleuse*, granulations larges, elle *hemme* très-fréquemment et présente du pityriasis du cuir chevelu : squames nombreuses, grises, sèches, adhérentes.

Des accidents thoraciques graves se manifestèrent : hémoptysie, toux, amaigrissement, bronchite généralisée, puis signes de tubercules ramollis, cavernes, et la malade succomba dans une syncope.

Dans cette observation il est facile de suivre pas à pas, et chez la famille et chez la malade, les deux diathèses arthritique et scrofuleuse occupant tantôt la peau, tantôt les muqueuses, tantôt les ganglions lymphatiques, puis l'utérus et aboutissant à une tuberculisation pulmonaire. Cette observation par laquelle je termine ce que j'avais à dire de l'association de la scrofule et de l'arthritis, me semble des plus probantes, et résume en elle-même d'une façon assez fidèle le tableau presque complet de l'association de ces deux diathèses, qui après avoir occupé successivement tous les systèmes organiques, finissent par manifester leur action sur l'utérus.

Je me propose maintenant de jeter un coup d'œil sur l'influence de cet état morbide général, dont l'action est presque aussi controversée que l'existence, mais qui est admis par trop de médecins distingués pour qu'on puisse le révoquer en doute, je veux parler de la diathèse herpétique ou de l'herpétisme.

4° CATÉGORIE. — *De l'Herpétisme.*

Parmi les médecins qui sont disposés à rattacher les affections utérines à l'herpétisme nous devons citer surtout MM. Pidoux, Gueneau de Mussy, Bazin, Durand-Fardel, Arnal et Neucourt.

Déjà M. Duparque avait divisé les ulcérations de l'utérus en herpétiques et scrofuleuses. « Souvent ces plaies n'existent pas « seulement au col, mais on en trouve sur d'autres parties du « corps. Dans ces cas, c'est moins contre l'affection locale « qu'on doit diriger le traitement que contre la cause morbide « interne. » (1)

(1) Duparque. *Loc. cit.*

P. Scanzoni admet aussi des érosions herpétiques. M. Bazin rattache à l'herpétisme la leucorrhée se montrant à la puberté, quelquefois dans l'enfance. « Le grand sympa.hique lui-même « peut être affecté par cette diathèse, il n'est pas rare d'observer « des coliques sèches, des douleurs utérines et lombaires chez « la femme. » Enfin MM. Bazin et Hardy attribuent à l'herpétisme une variété de cancer utérin.

L'herpétisme, dit Fontan, produit du prurit vulvaire, des engorgements et des déviations *(Eaux minérales des Pyrénées)*. Nous devons compter aussi, au nombre des défenseurs de l'opinion que nous soutenons, M. Gaillard (de Poitiers). « Les affec« tions de l'utérus sont, dès leur principe, des affections de « l'organisme tout entier, comme le prouvent les manifestations « de nature analogue qui les accompagnent et apparaissent si« multanément en divers points, ces lésions se succèdent et se « remplacent ; l'erythème, les granulations et la leucorrhée de« viennent des érosions et des ulcérations. Celles-ci se propagent « de la surface aux parties plus profondes et prennent le nom « de *métrite chronique,* lésion qui a le rôle prédominant dans « l'histoire des déplacements et déviations. Plus tard, à l'occa« sion d'une amélioration dans la marche de la maladie, à « l'occasion de la ménopause très-souvent, cette lésion de « l'épaisseur des tissus est remplacée par une lésion plus super« ficielle, les mêmes périodes se produisent en sens inverse, « mais la *famille* conserve sa loi, *sans gravité*. Les traumatismes « divers, accouchements, avortements, rapports trop fréquents, « cautérisations surtout, disposent aux manifestations herpé« tiques. Il n'est pas rare de voir survenir des ulcérations chez « des vierges, en dehors de toute influence traumatique » (1).

Le Dr Gueneau de Mussy s'est attaché à démontrer que certaines affections de l'utérus pouvaient être attribuées à l'herpétisme (il englobe sous cette dénomination toutes les éruptions diathésiques des membranes tégumentaires et les considère comme une forme dérivée de l'herpétisme). « L'herpétisme, « dit-il, produit le prurit de la vulve, il peut atteindre la mu-

(1) *Essai sur les familles pathologiques*, par L. Gaillard (1868).

« queuse vaginale, souvent même le col de l'utérus. L'herpétisme « peut se manifester par des troubles secrétoires : puis en se « prolongeant ces troubles fonctionnels peuvent amener des « lésions communes du tégument interne, érosions, granu- « lations fines ou superficielles se développant sur des cols « mous, congestionnés, comme la sueur profuse des pieds « amène des érosions par macération du tégument plantaire. « L'herpétisme utérin peut revêtir presque toutes les formes « que les dermatologues ont prises pour fondement de leur « classification : érythème, herpés, eczéma, acné, etc. » (1). Un signe auquel M. Gueneau de Mussy attribue de l'importance, c'est la forme festonnée de l'éruption granuleuse, et le retour de granulations petites par poussées successives. Le même auteur rattache à l'herpétisme une affection du col « qu'il appelle « acné du col, caractérisée par de petites taches jaunes, sail- « lantes, arrondies, souvent entourées d'une auréole rouge plus « ou moins foncée. Quand on incise ces taches jaunes, on en « voit sortir une petite masse globuleuse, arrondie, le plus sou- « vent opaline, semi-pellucide, ressemblant par l'aspect et la « consistance à l'humeur vitrée. Sur un point de sa périphérie, « on aperçoit un petit corps jaune faisant un léger relief à sa « surface, ayant les dimensions d'un grain de millet. »

il y a, dit ce savant médecin, coïncidence fréquente des granulations utérines avec les granulations pharyngiennes qui dépendent si souvent elles-mêmes de l'herpétisme. Le Dr Arnal, dans un mémoire très-bien fait, rattache aussi à l'herpétisme certaines affections utérines. « Assez souvent, dit-il, le vagin et « l'utérus deviennent le siége d'ulcérations tout à fait analogues « aux aphthes de la bouche ; d'autres fois ce sont de petites vé- « sicules acuminées, pleines d'une sérosité transparente, qui « s'ouvrent spontanément et laissent à leur place moins une « ulcération qu'une sorte de pertuis, etc. Ces diverses lésions « du vagin et du col de l'utérus paraissent dépendre du vice « dartreux. Nous les avons en effet observées plus particulière- « ment sur les femmes atteintes depuis longtemps d'eczéma

(1) Gueneau de Mussy. *Herpétisme utérin. Arch. gén. de méd.*, 1871.

« chronique des grandes lèvres. Au surplus, leur début, « leur forme, leur marche, leur terminaison leur donnent une « ressemblance à peu près identique avec les pustules ulcéreuses « qu'on remarque souvent sur le gland et le prépuce des dar- « treux, pustules qui en imposent parfois pour des chancres « vénériens » (1).

D'après M. Gueneau de Mussy, les granulations du col de l'utérus dues à l'herpétisme n'ont pas un caractère constant; tantôt elles sont petites en grains de semoule, offrant quelquefois une apparence vésiculeuse, fines, superficielles ou profondes, fongoïdes, elles se développent sur des cols mous, congestionnés. Pour ce savant clinicien, du reste, avons-nous dit, l'herpétisme utérin peut revêtir presque toutes les formes que les dermatologues ont prises pour fondement de leur classification : érythème, herpès, eczéma, etc. Le Dr Neucourt (loc. cit.) reconnaît aussi dans la constitution dartreuse une prédispostion générale aux inflammations utérines, et dit que dans ce cas, elles sont caractérisées par de la rougeur, des ulcérations superficielles, des granulations framboisées, sans engorgement, sans flueurs blanches abondantes, mais plutôt par des sécrétions séro-sanguines en petite quantité et souvent d'une âcreté toute spéciale.

L'herpétisme produit des lésions moins profondes que la scrofule, il détermine des aphthes, des spasmes, sur la langue des fissures, sur le pharynx des granulations petites, égales, ressemblant à des têtes d'épingles, saillantes sous l'epithélium, une secrétion morbide plus facile que dans l'angine arthritique, un suintement séro-purulent et un prurit continu. Ces caractères se rencontrent pour l'utérus en totalité ou en partie dans les observations des Drs Gueneau de Mussy, Duparque et Neucourt. « Il est probable, dit ce dernier, que les ulcérations du « col dues au vice dartreux, commencent par une sorte d'érup- « tion vésiculeuse, à laquelle succèdent de petites exulcérations « présentant de l'analogie avec des aphthes », circonstance que

(1) Arnal. *Mémoire sur le traitement de quelques affections de la matrice par le seigle ergoté*, p. 70.

le Dr Arnal a aussi signalée dans ses observations. Tous les auteurs s'entendent sur l'aspect vésiculeux de certaines lésions herpétiques du col, ils s'accordent aussi pour dire qu'on reconnaît souvent la provenance diathésique de ces lésions à leur coexistence avec des dermatoses dartreuses.

Je ne puis malheureusement apporter à l'appui de l'opinion des médecins que je viens de citer, aucune observation prouvant l'influence de l'herpétisme sur le système utérin ; cela tient à ce que, conformément aux doctrines de M. Bazin, il me faut, pour ranger une affection dans l'hérpétisme, un ensemble de symptômes que je n'ai constaté chez aucune des femmes observées par moi ; en revanche, la plupart des affections utérines que j'ai placées dans la catégorie de l'arthritis seraient évidemment attribuées à l'herpétisme par MM. Gueneau de Mussy, Neucourt et Arnal; et j'engage le lecteur, pour s'édifier à cet égard, à prendre connaissance des observations consignées dans les ouvrages de Boivin et Dugès, Duparque, dans le mémoire d'Arnal et surtout dans le savant travail sur l'herpétisme utérin, publié par M. Gueneau de Mussy, dans les *Archives de médecine*, en 1871.

5e CATÉGORIE. — *De la Chlorose.*

Nous arrivons maintenant à une autre cause puissante d'entretien des maladies chroniques de l'utérus. Pierre Franck considère la chlorose comme produisant souvent la métrorrhagie; Blatin et Nivet lui attribuent la leucorrhée; Scanzoni et Tyler Smith pensent de la même manière. Pour M. Nonat, la chlorose, souvent consécutive à l'affection utérine, la précède, au contraire, dans bien des cas.

Nous avons vu plus haut que M. Courty attribue une grande influence à cet état, opinion qui est partagée par M. Gosselin.

Pour M. Durand Fardel, elle joue un rôle dans les maladies chroniques au même titre que l'arthritisme, la scrofule, la syphilis et l'herpétisme. L'anémie résultant de pertes sanguines ou bien d'affections dépressives, ne favorise pas moins que ces vices constitutionnels la chronicité des actes pathologiques si

souvent consécutifs à l'accouchement, « et j'ai la conviction, dit ce praticien distingué, que les métrites chroniques qui remontent aux couches ne reconnaissent pas moins souvent ce dernier ordre de causes que le premier » (1). La chlorose n'est pour nous comme pour M. Gueneau de Mussy, que l'expression symptomatique d'une diathèse, ou bien elle est due à des causes qui troublent les fonctions nutritives et gênent l'évolution organique, comme le font les épuisements de l'économie. M. Gueneau de Mussy professe, du reste, sur la chlorose des idées personnelles que nous rappelons en quelques mots. Pour ce savant médecin, la scrofule est une puissante cause de chlorose. L'arthritisme est moins souvent accompagné de chlorose, au moins dans ses formes franches ; mais, dans ses formes dérivées, névropathiques ou herpétiques, la chlorose n'est pas rare et elle a pour caractères une accentuation très-grande des phénomènes nerveux, surtout au moment des époques menstruelles, quelquefois des migraines, d'autres fois des coliques utérines très-violentes, que M. Pidoux appelle des migraines utérines.

Il est des circonstances empruntées à l'ordre moral, qui sont aussi la cause de la manifestation de la chlorose. Ainsi, par exemple, cette altération du sang, qui existait dans l'économie d'une manière latente ou ne se manifestait que par quelques symptômes peu intenses, déploie, au moment de la puberté, un appareil symptomatique inquiétant. A quoi cela tient-il? A une réaction du moral sur le physique.

Beaucoup de jeunes filles élevées dans le sein de leur famille, entourées de bons conseils, n'ayant sous les yeux que de bons exemples, trouvant chez elles des conditions hygiéniques favorables, passent sans s'en apercevoir par cette première épreuve, et sont toutes surprises de se sentir femmes, sans que rien, autre que l'écoulement d'une certaine quantité de sang, leur annonce l'apparition d'une fonction dont la nature avait préparé tous les éléments en elles, mais à leur insu. Admettez, au contraire, que des excitations sexuelles, précoces, des conversations licencieuses, viennent allumer des passions hâtives dans le cœur de la

(1) Durand-Fardel. *Ann. de la Soc. méd. d'hydrologie*, t. XIV, p) 318.

jeune fille, et solliciter le sens génésique qu'elle ne pourra satisfaire que par de désastreuses manœuvres, fatiguée par une dépense trop fréquente d'influx nerveux, elle s'étiole, dépérit, tombe, comme on dit, dans la langueur, digère mal, en un mot, devient chlorotique.

Pour les femmes de la classe ouvrière, le danger est bien plus grand, et la chlorose trouve auprès d'elle un accès plus facile encore. Que de sources d'affaiblissement! Un travail incessant, mal rétribué le plus souvent, pénible, entrecoupé de chômages encore plus pénibles, les circonstances hygiéniques les plus défavorables : nourriture insuffisante, logement malsain et humide; ajoutez à cela des excitations sexuelles prématurées et souvent les moyens de les satisfaire : voilà des conditions bien propres à développer et à entretenir la chlorose. Ce qu'il y a de plus triste, c'est que ces causes pèsent sur la majeure partie des femmes du peuple pendant toute leur existence.

Plus privilégiées au point de vue hygiénique, les femmes du monde ont aussi leurs excès et leurs ennuis. Lectures romanesques et désillusions; plus tard, chagrins domestiques, unions mal assorties, préoccupations de ménage, manque d'exercice et excès de veilles, toutes ces conditions rétablissent bien vite le niveau que les distances sociales avaient un moment élevé à leur profit.

C'est dans toutes ces causes réunies qu'il faut, je crois, rechercher une grande partie des origines de la chlorose, qui joue, à son tour, un grand rôle dans le développement et l'entretien des maladies de l'utérus.

Il nous reste à interpréter son mode d'action : l'influence qu'exerce cette altération du sang sur le système nerveux va servir à nous l'expliquer. On sait quelle est la part que prennent les altérations des nerfs sur le développement des maladies; chacun connaît les résultats que M. Claude Bernard obtient par la section du grand sympathique (phlegmasies, suppuration). La chlorose agit en diminuant l'innervation du système utérin; elle pervertit ses sécrétions, et, du travail fonctionnel morbide, fait arriver la muqueuse à l'état de phlegmasie. « C'est se fonder sur une raisonnable analogie et ne point s'écarter des lois d'une

saine philosophie que d'admettre que, dans tous les cas où les principaux agents de la vie, le sang et le système nerveux ne nourrissent et n'excitent plus suffisamment les organes, la force toute vitale d'agrégation par laquelle sont réunies les différentes molécules des tissus vivants, cette force, dis-je, cesse d'avoir son intensité physiologique : de là la diminution de la cohésion de ces tissus et leur ramollissement » (1).

D'autres fois, la chlorose agit en perturbant l'innervation vasculaire de la matrice et amène des métrorrhagies. « L'hémorrhagie utérine, dit P. Frank (*Traité de médecine pratique*), peut dépendre de plusieurs maladies, comme le scorbut et la chlorose, tandis que les hémorrhagies dépendant d'une vraie pléthore, d'un excès de ton dans le système circulatoire, ne sont pas très-communes. » En un mot, la chlorose est une cause puissante de dysmétrie, comme elle est une cause de congestions pulmonaires jugées par des hémoptysies, etc. Monneret (*Traité de pathologie générale*), qui n'admet pas que la chlorose détermine des hémorrhagies en général, reconnaît cependant la fréquence de l'épistaxis chez les chlorotiques. Si, sous l'influence de la chlorose, il se produit du spasme dans le cœur et les artères (explication de M. Pidoux), pourquoi n'agirait-elle pas de la même façon sur l'utérus, en y déterminant des spasmes accusés par les douleurs, ou des sensations de poids ou d'embarras dans la région lombaire, si communes chez les femmes ?

Nous regardons, avec les médecins qui figurent en tête de ce chapitre, la chlorose comme primitive, par rapport à l'affection utérine ; mais, par contre, un certain nombre de médecins distingués, au nombre desquels figurent le Dr Gallard, Becquerel, et Aran, la considèrent comme consécutive à l'affection utérine. « En effet, dit le Dr Gallard, après avoir énuméré les troubles dus à la chlorose, tous ces symptômes se rattachent d'une façon si étroite à l'affection utérine, que, pour bien des personnes, les phénomènes dyspeptiques, chlorotiques et névropathiques, seraient plutôt la cause que la conséquence de cette dernière. C'est là une erreur manifeste, et pour mon compte, quoique j'aie

(1) Andral) *Clinique méd.*

trouvé bien souvent ces divers états pathologiques réunis chez le même malade, je puis affirmer que pas une seule fois je n'ai vu la chlorose engendrer la métrite chronique, tandis que j'ai toujours vu, au bout d'un temps plus ou moins long, la métrite chronique donner fatalement naissance à la chlorose. » (1)

Nous tâcherons, dans le chapitre consacré à la réfutation des objections, de répondre, au sujet de la chlorose, au savant auteur des *Leçons cliniques des maladies des femmes*. En attendant, contentons-nous de dire que nous reconnaissons l'existence de la chlorose chez les malades à l'aide des renseignements sur les symptômes concernant les trois centres de la circulation, de la digestion et du système nerveux. Toutes les fois qu'une femme a eu pendant longtemps des vertiges, des palpitations, de la gastralgie, de la céphalalgie, de la dyspepsie, de l'aménorrhée et de la leucorrhée, nous n'hésitons pas à la considérer comme chlorotique.

Mais, comme la chlorose est souvent la suite ou l'accompagnement d'une maladie chronique de l'utérus, nous recherchons à quelle époque la chlorose s'est manifestée pour la première fois, et, si elle est antérieure à la métropathie, c'est à la chlorose que nous attribuons l'existence et l'entretien de celle-là. Si la malade est accouchée avant de devenir chlorotique, il faut rechercher si l'affection utérine ne s'est pas manifestée de suite après l'accouchement ou bien a succédé aux symptômes de chlorose.

Si la malade n'a eu ni enfants ni fausse couche, la recherche est plus facile, et tout se borne à savoir si la chlorose a précédé ou suivi les accidents utérins.

Ce sont toutes ces difficultés que nous avons tâché d'éviter, dans les observations que nous mettons sous les yeux du lecteur, en l'avertissant que, dans notre premier mémoire, nous avons publié déjà un certain nombre de faits dans lesquels la chlorose nous semblait jouer un rôle dominateur.

---

(1) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*.

OBSERVATION XXIII.

Affection : *Catarrhe utérin*, *érosion*, *granulations*. — *Chlorose* : *palpitations*, *céphalalgie*, *leucorrhée*, *gastralgie*.

La nommée X..., âgée de 32 ans, couturière, est entrée, le 15 juillet 1860, au n° 26 de la salle Sainte-Joséphine (hôpital Lariboisière). Constitution moyenne.

Antécédents. — Ne sait pas si elle a eu de la gourme dans l'enfance; pendant cette période, sujette à la gastralgie. Depuis la puberté, gastralgie habituelle avec pyrosis ; elle est sujette à la céphalalgie et à des vomissements alternant, à la *leucorrhée*, aux palpitations, aux coryzas récidivants. Depuis plusieurs années, *hémicrânie* avec vomissements, prurit anal et vulvaire, hémorrhoïdes.

Antécédents utérins. —Réglée à 18 ans, pas de dysménorrhée ; elle a eu son premier enfant il y a dix-huit mois. Depuis trois mois, leucorrhée avec douleurs dans l'aine et la cuisse, élancements dans la matrice.

Etat actuel. — Facies coloré, embonpoint, chairs molles ; au toucher, utérus non-développé, mobile, indolent au ballottement; rien d'anormale dans les culs-de-sac; col gros, dur, entr'ouvert; écoulement glaireux par les lèvres du museau de tanche qui sont érodées et granuleuses; catarrhe vaginal. Pendant son séjour à l'hôpital la malade perdit abondamment du sang par le rectum.

Je me suis contenté d'écrire chlorose en tête de l'observation ; mais pour moi cette chlorose est symptomatique. Il y a derrière elle une diathèse à laquelle je ne puis pas positivement donner un nom, mais qui s'accuse par l'hémicrânie, les hémorrhoïdes. Quant au prurit podicis et au prurit vulvaire, je regarde le premier comme dû aux hémorrhoïdes, et le second comme provoqué par le passage de la matière leucorrhéique.

OBSERVATION XXIV.

Affection : *Phlegmasie péri-utérine*. — *Chlorose*, *palpitations*, *hystéricisme*, *disypepsie*, *gastralgie*. *Arthritis* ?

Mme L..., dame de compagnie, âgée de 25 ans ; constitution médiocre, tempérament lymphatique, vient me consulter après être sortie de la Salpêtrière où on l'avait dirigée de la maison municipale de santé pour une folie post-puerpérale. Lorsqu'elle fut revenue à la raison, elle sentit des douleurs dans le bas-ventre, alla consulter un médecin qui reconnut l'existence d'une ulcération, les règles n'ont reparu que huit mois après l'accouchement.

Parents. — Aucun renseignement.

Mme L..., est d'une santé délicate, sujette aux *palpitations*, à la *gastralgie*, avec *flatulence*, et aux troubles digestifs, aux douleurs articulaires, à la boule hystérique.

Etat actuel. — Facies pâle, douleur névralgique occupant la cinquième paire à droite; douleurs hypogastriques, constipation, sensation de poids en avant. Au toucher, utérus très-sensible au ballottement, col en rétroflexion. Dans le cul-de-sac vaginal antérieur, tumeur peu volumineuse paraissant indépendante de l'utérus, pas de bruit de souffle au col ni au cœur, pas d'examen au spéculum.

Réflexions. — Voilà une malade évidemment chlorotique, s'il faut s'en rapporter au facies, aux troubles nerveux, aux palpitations, à la gastralgie et à la dyspepsie habituelle, à moins que sa gastralgie et ses douleurs articulaires ne soient sous la dépendance d'une diathèse dont je n'ai pu saisir d'autres indices, et qui m'a fait écrire en tête de l'observation : diathèse probable.

Observation XXV.

Affection : *Métrite du col, granulations, catarrhe utérin.* — *Chlorose : leucorrhée, céphalalgie, douleurs névralgiques et musculaires, nervosisme. Arthritis, hidrosadénite, furoncles.*

Mme T..., 27 ans, blanchisseuse. Constitution forte, tempérament lymphatique, très-nerveuse, hystérique.

Antécédents. — Pas de gourme ni d'adénite dans l'enfance ; sujette aux attaques de nerfs, à la dyspepsie flatulente, à la céphalalgie frontale, aux douleurs musculaires.

Antécédents utérins. — Jeune fille, elle avait de la leucorrhée habituelle qui est devenue beaucoup plus intense après son premier accouchement, en même temps douleurs lombaires très-fréquentes, sensation de poids en avant et en arrière : elle a eu trois enfants et s'est toujours relevée le troisième jour qui suivait l'accouchement.

Etat actuel. — Le 5 février 1862. Facies pâle, faiblesse très-prononcée ; au toucher, utérus très-souple, très-mobile, col en rétroflexion, entr'ouvert ; au spéculum col présentant sur la lèvre antérieure de *grosses granulations* qui saignent avec la plus grande facilité, leucorrhée vaginale (liquide crémeux abondant dans le vagin).

J'ai à noter, comme particularités du traitement, qu'il survint à diverses reprises de la métrorrhagie et une éruption très-intense de pustules d'hidrosadénite sur le ventre à l'occasion d'un vésicatoire appliqué sur l'hypogastre ; cette éruption se manifesta d'ailleurs sur d'autres parties du corps, en affectant tantôt l'apparence d'hidrosadénite, tantôt celle de furoncles.

Chez cette jeune femme, la diathèse est accusée par des douleurs musculaires, une des granulations grosses saignant facilement et disposition à l'hidrosadénite et aux furoncles, que M. Bazin rapporte à l'arthritis; de plus, elle est habituellement dispeptique (dyspepsie flatulente), était sujette à la leucorrhée étant jeune fille, et a toujours de la céphalalgie. Reste à savoir si la chlorose était primitive ou symptomatique. Quant aux causes déterminantes, il faut citer l'habitude de cette malade de se relever le troisième jour de son accouchement.

Chez elle, les granulations fongueuses, développées sur la lèvre inférieure, étaient probablement la cause des pertes de sang auxquelles cette malade était sujette, et par leur aspect se rapprochaient des caractères assignés par M. Courty aux granulations produites par le catarrhe utérin. « L'ulcère produit ou entretenu par le catarrhe utérin, dit ce savant gynécologue, est ordinairement granuleux, quelquefois même fongueux. »

Seraient-ce des granulations herpétiques, les granulations dépendant de l'herpétisme étant pour M. Guéneau de Mussy fines et superficielles ou fongoïdes, se développant sur des cols mous et congestionnés? A ce propos, il cite l'observation d'une femme herpétique qui eut des granulations fongoïdes. « Cet aspect fongoïde, dit-il, me paraît dépendre de la texture du col. Chez un sujet en possession d'une diathèse, toute irritation accidentelle peut en faire éclater les manifestations. Quand une diathèse règne dans l'organisme, toutes les irritations accidentelles auxquelles il est soumis peuvent aboutir à des lésions diathésiques. » Il cite à ce propos des malades chez lesquels des applications opiacées ont amené des éruptions.

Pour M. Neucourt, la dartre engendre des ulcérations superficielles, des granulations framboisées, sans engorgement.

En comptant les observations où la chlorose domine, soit la chlorose vraie, soit la chlorose symptomatique d'une diathèse dont j'ai rapporté plusieurs exemples, le nombre de nos observations n'est pas aussi grand que celui où les diathèses jouent le principal rôle, et c'est aussi ce qui me paraît se passer dans la grande majorité des cas. Aussi, pour moi, les diathèses tiennent

le premier rang, et la déglobulisation morbide du sang ne viendrait qu'en second ordre.

Après avoir rapporté les doctrines des médecins qui attribuent une grande part à l'état général et avoir appuyé de faits ces idées, qui sont aussi les nôtres, nous allons poursuivre, en examinant les opinions des médecins qui ne partagent nos idées que dans une certaine mesure, et de ceux qui y sont tout à fait opposés.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

DE CERTAINS TROUBLES DU COTÉ DE LA CIRCULATION QUI PEUVENT SE PRÉSENTER DANS LE COURS DE LA GROSSESSE.

(Extrait du chap. XIII de l'ART D'ACCOUCHER de Braun).

DE L'ICTÈRE PENDANT LA GROSSESSE.

L'ictère est comparativement assez rare chez la femme enceinte; il apparaît sous deux formes : l'une, qui offre sur la tunique albuginée de l'œil et sur la peau, une coloration jaune d'or très-prononcée, sans fièvre ni complication cérébrale ; l'autre qui présente une teinte jaune de soufre, avec de la fièvre et des accidents cérébraux graves.

L'ictère sans fièvre peut se montrer à n'importe quel mois de la grossesse, et suivre son cours jusqu'à guérison, pendant la durée de celle-ci ; mais, le plus souvent, il amène la fausse couche ou l'accouchement prématuré. Si l'interruption de la grossesse suit à bref délai l'apparition de l'ictère, on rencontre souvent déjà jaunes les eaux amniotiques, alors que le fœtus est encore absolument dénué de toute teinte ictérique. Mais lorsqu'il s'est écoulé plusieurs semaines entre la manifestation d'un ictère intense et l'expulsion du fœtus, ce dernier peut mourir spontanément et présenter, à l'autopsie, des taches d'un jaune verdâtre sur tous les organes (cirrhonôse de Lobstein), ainsi que nous l'avons observé J.-P. Frank et moi.

Il ne faudrait pas chercher la cause de l'ictère sans fièvre dans la grossesse elle-même, ou la compression qu'amène un utérus augmenté de volume; car cet accident ne se montre pas plus pendant la seconde moitié de la grossesse que pendant la première. Mais on en trouve la

raison dans des principes d'étiologie générale dont la valeur ne se borne pas à cet état de gestation. Tantôt l'ictère prend sa source dans *un retard apporté à l'écoulement de la bile dans les intestins* (comme l'indique l'accumulation, dans l'urine, de la matière colorante de la bile, qui fait défaut dans les fèces); tantôt dans *un flux exagéré du liquide biliaire* (qui se traduit par la présence presque nulle ou l'absence absolue de cette matière colorante dans l'urine, et sa grande abondance dans les matières fécales auxquelles elle imprime une coloration jaune intense).

Le pronostic et le traitement de cette affection reposeront toujours sur les principes généraux de la médecine; l'intervention de l'élément puerpéral ne les rendra ni meilleurs ni pires, et *il n'y aura point, par conséquent, indication à provoquer l'accouchement prématuré pour assurer la vie de la mère.* Mais cette indication peut se présenter quand l'ictère est intense et de longue durée, et que le fœtus est à la fois vivant et viable, pour éviter qu'il ne périsse avant la fin de la grossesse.

Les taches qu'on appelle des *chloasmata* n'ont aucun rapport avec l'ictère, ni avec aucune autre maladie du foie : elles sont le plus souvent d'origine parasitaire (pityriasis versicolor), ou constituent des dépôts de pigment, comme dans l'aréole qui entoure le mamelon.

Hebra (1) a écrit un très-remarquable article sur les rapports qui existent entre certaines maladies de la peau et les fonctions des organes internes de la génération chez la femme. Ainsi, il prétend que l'eczéma, l'urticaire, les éphélides, les taches brunes de la peau, la chute des cheveux, et la séborrhée (qui résiste si obstinément à toute espèce de traitement, même à l'usage des préparations ferrugineuses, qu'il conseille avec tant d'énergie), se trouvent, dans bien des circonstances, radicalement guéris par l'intervention d'une grossesse; d'un autre côté, au contraire, l'état de gestation peut imprimer à ces affections une persistance extrême, et il peut arriver qu'elles ne disparaissent ni après la délivrance, ni à la suite des couches. Il semblerait donc que les états du sang les plus opposés (mais surtout celui qui appartient au type général de l'oligocythémie (aglobulôse), exercent, dans ces cas, une seule et même influence.

L'action de la grossesse, qui tantôt arrête, tantôt retarde, tantôt favorise le développement des maladies de la peau, reconnaît donc les mêmes lois que celles qui, on le sait depuis bien longtemps, régissent la syphilis et tant d'autres maladies aiguës et chroniques des organes internes.

Quant à l'*ictère compliqué de fièvre et d'accidents cérébraux*, j'en ai

---

(1) Hebra. *Wochenblatt der Jeitsch. Wiener Aertze*, 1855.

déjà indiqué le diagnostic, le pronostic et le traitement, en décrivant l'éclampsie cholémique.

Dans les cas que nous avons observés, Kiwisch (1), Scanzoni (2), Spaeth (3), d'autres encore, et moi, l'autopsie nous a révélé non-seulement une destruction des cellules hépatiques, mais aussi les lésions diverses de la maladie de Bright chronique. Dans deux cas que j'ai eu l'occasion de voir, j'ai trouvé des épanchements sanguins, de la grosseur du poing, dans l'épaisseur du tissu cellulaire, dans les gaînes aponévrotiques des muscles de la cuisse, et surtout au devant du thorax, en avant des muscles grands pectoraux.

En général, la mort suit de près l'invasion des symptômes cérébraux; elle arrive avant la fin du travail de l'accouchement. Toutefois, Carpentier (4) assure avoir vu onze cas où l'accouchement prématuré eut lieu, et où les accidents cérébraux, suivis de mort, n'apparurent que pendant les premiers jours qui suivirent la délivrance. On ne saurait mettre l'atrophie aiguë du foie sur le compte de la compression exercée par l'utérus gravide; car le fait se produit aussi bien pendant la première moitié de la grossesse que pendant la seconde. L'ictère se présente encore assez souvent pendant les suites de couches; il est causé par la pyohémie ou l'anémie. Dans ce cas, l'autopsie révèle la dégénérescence graisseuse du foie, et non l'atrophie aiguë de l'organe.

DE LA CHLOROSE, DES CONGESTIONS ET DE L'HYPERÉMIE PENDANT LA GROSSESSE.

La chlorose se montre, pendant la grossesse, avec son cortége habituel de symptômes; elle peut revêtir une forme légère ou une forme grave; elle entraîne les troubles fonctionnels ou nerveux les plus variés, et peut, à son plus haut degré de développement, amener une anémie comme on n'en voit que fort peu, je veux dire comme à la suite d'une hémorrhagie sérieuse.

Dans cette affection, de deux choses l'une : ou l'activité de transformation de l'albumine en globules rouges diminue (alors, dans la majorité des cas, il y a *oligocythémie*, et, par suite, *hyperalbuminose* et *pléthore séreuse*), ou la production de l'albumine elle-même est entravée (d'où résulte l'*hypo-albuminose* et l'*hydroémie*).

Depuis que Kiwisch (5) et Cazeaux (6) les premiers ont signalé

(1) Kiwisch. *Die Geburtskunde. Erlangen*, 1851.
(2) Scanzoni. *Lehrbuck d. Geburtsh.*, 1853.
(3) Spaeth. *Wiener med. Wochensch.*, 1854.
(4) Carpentier. *Rev. méd. chir.*, mai 1854.
(5) Kiwisch. *Die Geburtskunde. Erlangen*, 1851.
(6) Cazeaux. *Gaz. des hôp.*, 1850.

l'analogie qui existe entre le sang de la femme enceinte, et l'état de ce liquide chez les chlorotiques, nous avons confirmé leur manière de voir, Scanzoni d'autres et moi, en soutenant que les troubles fonctionnels si variés de la grossesse sont les manifestations non pas d'une hyperémie et d'une pléthore vraie, mais bien plutôt d'une hydrémie ou d'une pléthore séreuse. De sorte que, pendant la grossesse, je ne recours à la saignée que dans des cas fort rares et seulement à la dernière extrémité. Je cherche plutôt à combattre la pauvreté du sang au moyen d'un régime tonique, par les préparations ferrugineuses, les vins chalybés, etc., et j'en obtiens toujours les meilleurs résultats.

La chlorose se rencontre souvent, pendant le cours de la grossesse, non-seulement chez les habitantes des grandes villes, mais même chez les plus robustes campagnardes. J'ai eu occasion d'étudier la question que voici : les femmes qui avaient l'habitude de perdre du sang, à leurs grossesses antérieures, éprouvent-elles quelque préjudice de la suppression de ces déplétions habituelles? Et je suis arrivé à la conclusion que cette interruption exerce, au contraire, l'influence la plus salutaire sur la durée de la grossesse, sur la santé apparente de la mère, sur le développement du fœtus, sur les progrès et la rapidité du travail, sur les suites de couches. L'apoplexie cérébrale n'est pas à craindre, ainsi que le prouve le fait suivant; c'est que, sous l'influence de cette méthode, sur dix mille sujets il n'en succombe qu'un seul, résultat plus favorable certes que ceux qu'on obtient avec d'abondantes déplétions. L'augmentation des globules blancs (leucémie de Virchow), qui se produit pendant la grossesse, en même temps que l'augmentation de la fibrine, nous indique la route à suivre pour expliquer plus complètement les troubles fonctionnels si variés à cette époque, route qui, judicieusement explorée, conduira l'observateur à des découvertes remarquables.

Jusque dans ces derniers temps, il était de mode d'indiquer certains phénomènes de la grossesse (tels que maux de tête, vertiges, rougeur de la face, chaleur brusque de toute la surface du corps, défaillances, augmentation de chaleur de la tête, apparence générale de plénitude), comme des signes de pléthore vraie (polyhémie), et d'identifier celle-ci avec une augmentation de la fibrine du sang (hyperinose relative), ou des globules rouges (polycithémie relative). Mais jusqu'ici nous ne sommes pas encore fixés sur la surabondance réelle du liquide sanguin. Nous savons seulement que, si le sang, en dehors de l'état de grossesse, est normalement très-riche en globules et albumine, et si ce fait ne constitue pas à proprement parler un état de maladie, il peut du moins y mener.

Les observations cliniques, l'analyse chimique et microscopique du sang des femmes bien portantes et malades, en état de grossesse, ne

viennent pas confirmer qu'on ait affaire à une pléthore vraie; elles nous prouvent que les symptômes nerveux, rougeur de la face, dyspnée, etc., se montrent également, que le sang soit ou non altéré dans sa composition, et qu'ils dépendent ordinairement de congestions passives ou d'afflux sanguins subits dans telle ou telle région.

L'augmentation de volume de l'utérus gravide, ainsi que le déplacement et la compression des organes thoraciques et abdominaux qui en sont la conséquence sont une cause manifeste de la stagnation du fluide sanguin, stagnation que viennent accroître d'une façon sensible les suites des maladies antérieures, les imprudences commises dans le choix des vêtements, etc.

Néanmoins, ce n'est encore qu'une hyperémie véritable, phénomène morbide lié naturellement à l'état de grossesse, et ces symptômes n'ont pas alors d'autre signification que s'ils se présentaient en dehors de la gestation. Toutefois, on devra les traiter d'après les principes généraux de la thérapeutique.

ÉPANCHEMENTS SÉREUX PENDANT LA GROSSESSE.

L'état séreux du sang qui prédispose à l'hydropisie se caractérise par ce fait que le liquide sanguin renferme une plus grande quantité de sérum qu'à l'état normal, mais seulement comme effet secondaire. Ici, nous devons indiquer sur-le-champ les causes immédiates, qui sont les maladies du cœur, de la rate, du foie, du rein, ou les obstacles mécaniques à la circulation, obstacles provenant de l'utérus chargé du produit de la conception.

Cette *sérosité* se distingue de la véritable hydrémie (hyp-albuminose de Vogel, an-albuminose de Heller), en ce que l'on ne saurait affirmer l'existence de cette dernière que lorsque, dans des parties égales de sérum, on trouve une beaucoup plus grande quantité d'eau chez les sujets malades que chez les sujets bien portants, ou, en d'autres termes, lorsque les matières albumineuses du sang restent bien au-dessous de leurs proportions normales (Virchow).

Les épanchements séreux de la grossesse sont souvent sous la dépendance des maladies du rein; en général, c'est une néphrite diffuse, qui se manifeste sous la forme d'une maladie de Bright aiguë ou chronique, avec les symptômes et la terminaison si terribles de l'éclampsie urémique. Nous avons déjà étudié en détail cette variété d'épanchement; car nous considérons comme identiques l'éclampsie puerpérale et l'urémie de la maladie de Bright.

Les épanchements qui s'observent à la suite des affections organiques du cœur, telles que l'insuffisance valvulaire, les adhérences du péricarde, ne se reconnaissent pas toujours à l'auscultation. Elles donnent parfois lieu à de grandes collections séreuses dans le tissu

cellulaire, dans la cavité abdominale, dans l'épaisseur de l'ovaire, en sorte que, dans certains cas, on a fort à redouter par le fait de la suffocation. Cet accident peut menacer la femme avant le début du travail, ou amener un accouchement prématuré; au bout de peu de temps, la mort peut même en être la conséquence, par suite d'une paralysie du cœur. Les maladies du cœur et l'anévrysme de l'aorte, sans suffusion séreuse, sont aussi très-dangereuses pendant le temps des fortes douleurs; car la paralysie du cœur s'observe, malheureusement, encore assez souvent dans ces maladies, lorsqu'on n'a pas recours assez vite à une intervention obstétricale.

Dans le diagnostic des maladies du cœur, on doit être prévenu que, durant la grossesse, on trouve parfois la pointe du cœur déplacée, et que l'on entend même aussi des murmures cardiaques, sans qu'il y ait pour cela aucune altération dans la structure de l'organe.

On rencontre aussi, comme complication de l'état de grossesse, une importante forme d'épanchement que Virchow a appelée leucémie; elle s'accompagne d'un certain degré d'hypertrophie de la rate.

Dans ce cas, si l'on examine au microscope une goutte de sang, on trouve une augmentation des globules blancs, dans la proportion d'un sixième ou même d'une moitié par rapport à leur chiffre normal. C'est à cette classe qu'appartiennent les épanchements qui se montrent pendant la première moitié de la grossesse, sans albumine dans l'urine et sans altération appréciable des organes intérieurs. Souvent même on pourra attribuer à la même cause ceux qui apparaissent pendant la seconde moitié de la grossesse, sous forme d'œdème des extrémités inférieures, des grandes lèvres, et ainsi de suite.

On a essayé d'expliquer ces derniers épanchements par le seul fait de l'obstacle qu'apporte à la circulation la pression de l'utérus gravide sur les veines du bassin; mais il est évident qu'il faut chercher une autre raison : car on observe aussi souvent dans la grossesse l'apparition que l'absence de l'œdème, et, en outre, il peut arriver que l'œdème ne se montre pas à une première grossesse, tandis qu'on le voit survenir avec ses symptômes les plus alarmants dans les suivantes. Ces épanchements, en dehors de toute affection viscérale bien nette, ont la même origine que les infiltrations œdémateuses amenées par la chlorose. Ils exercent sur le développement du fœtus l'influence la plus funeste, surtout s'ils se présentent pendant les premiers mois; car assez souvent ils provoquent un accouchement prématuré.

Le gonflement œdémateux des grandes lèvres peut atteindre le volume du poing; il est très-douloureux, gêne la locomotion, ou même la rend impossible. Il se présente souvent seul, ou lié à l'ascite, à l'anasarque, à l'hydropisie de l'amnios.

L'état granuleux du foie (inflammation interstitielle de cet organe)

est rarement une cause d'ascite pendant la grossesse. Il ne m'a jamais été donné d'en voir un seul cas chez une femme dans l'état puerpéral.

Les épanchements qui reconnaissent pour cause l'hydrémie, la pléthore séreuse et la leucémie s'en vont d'ordinaire avec la première semaine des couches, sous l'influence favorable des modifications qu'éprouve alors le sang dans sa constitution. Mais, quand l'épanchement est très-considérable, on n'a que des douleurs impuissantes, un travail lent et pénible, quelquefois même des hémorrhagies dangereuses.

Malgré les soins les plus attentifs, on peut voir, à la suite d'infiltration des grandes lèvres, se produire la rupture du périnée, de la gangrène et des ulcérations. Dans le courant de la grossesse, on ne saurait instituer aucun traitement effectif contre l'œdème des parties génitales externes : des fomentations, une chaleur sèche, un coussin rempli d'herbes aromatiques, de grands soins de propreté, quelques laxatifs légers, tels sont les moyens à employer. Il est vrai que de petites piqûres avec la lancette favorisent l'écoulement du liquide et diminuent rapidement la tuméfaction ; mais elles ne sauraient empêcher qu'il ne s'accumule de nouveau et aussi rapidement. La scarification des parties génitales externes sera rejetée en général, à moins qu'on n'ait pesé exactement toutes les chances, parce qu'elle peut entraîner un accouchement prématuré.

Le pronostic est fâcheux en ce qui touche l'épanchement, lequel dure d'habitude autant que la grossesse ; mais sa terminaison ordinaire pendant les couches est plutôt la guérison que le passage à l'état chronique ou la mort. On basera le traitement médicamenteux sur la cause de l'épanchement.

Dans les formes graves qui se compliquent du danger de mort par suffocation, il est un moyen qui, relativement parlant, conduit aux résultats les plus favorables, je veux parler de l'accouchement provoqué. Si l'on ne peut acquérir qu'à ce prix la guérison de la mère, lui seul aussi permet encore autant que possible de garantir la vie de l'enfant.

Dans les cas où le danger pour la mère semble arrivé au plus haut point avant le septième mois, Kiwisch considère comme justifiée l'indication de l'avortement ; un de ses arguments les plus forts est que, dans de telles circonstances, il ne reste aucun espoir, quelque faible qu'il soit, de sauver le fœtus, tandis qu'on peut certainement soulager les souffrances de la mère, parfois même j'ai eu la bonne fortune de le voir, l'amener à guérison complète. (*The medical and surgical reporter of Philadelphia*). (Traduit par Édouard LABARRAQUE.)

REVUE CLINIQUE

NOTE SUR UN CAS D'INFECTION PURULENTE D'APPARENCE SPONTANÉE PENDANT LA LACTATION.

Par le Dr Fallier (de Brest).

Yvonne H..., femme de 35 ans, blonde, d'un tempérament actuellement sanguin, de constitution robuste, a été atteinte pendant sa première enfance d'une coxalgie avec suppuration de l'articulation coxo-fémorale gauche, qui s'est terminée par une ankylose complète dans l'extension, avec un raccourcissement considérable. Depuis cette époque, sa santé a toujours été parfaite. Mariée il y a deux ans, elle eut son premier enfant le 13 juin dernier. L'accouchement nécessita l'application du forceps, la tête s'étant arrêtée au détroit inférieur par suite de la faiblesse des douleurs. Je n'en parlerais pas si je ne voulais appeler en passant l'attention sur une particularité qui n'a pas encore, je crois, été signalée : c'est l'obstacle que peut apporter à l'application d'une des branches du forcerps l'impossibilité d'abduction et de flexion de la cuisse du côté opposé. Du reste, cette difficulté n'en serait pas une avec un forceps à branches brisées.

Qnoi qu'il en soit, les suites de couches furent des plus heureuses. La mère se rétablit promptement, et l'enfant trouva en elle une excellente nourrice.

Trois mois plus tard, j'eus à la soigner d'un intertrigo exulcéré, siégeant dans le sillon génito-crural gauche, et je pus constater de nouveau le parfait état de santé de la mère et du nourrisson.

Le 2 février 1874 (c'est-à-dire près de huit mois après l'accouchement), je fus appelé de nouveau près d'elle.

Sept jours auparavant, après avoir avec son enfant sur les bras fait une longue course, rendue encore plus fatigante par sa claudication, elle dut aller au lavoir où elle se mit les pieds dans l'eau froide. En rentrant chez elle elle fut prise de malaise, et, dans la nuit qui fut agitée, elle perdit quelques gouttes de sang, ce qu'elle attribua à un retour de ses règles, qui ne s'étaient pas montrées depuis son accouchement. Cet écoulement, du reste, ne dura que quelques heures.

Pendant cette même nuit la malade s'aperçut que les seins, qui étaient jusque-là fermes et gonflés, s'étaient notablement affaissés, et, pour calmer les cris de l'enfant, elle dut lui donner de l'eau sucrée, ce qu'elle n'avait jamais fait jusqu'alors.

Depuis, malaise croissant, céphalalgie, frissons irréguliers, sueurs. Les jours suivants, les accès de fièvre sont de plus en plus intenses, irréguliers dans leurs retours. Quand je la vois pour la première fois, le 2 février, à six heures du soir, je la trouve dans l'état suivant : facies rouge, yeux brillants ; regard ayant une fixité insolite ; expression un peu hébétée ; connaissance conservée ; mais on voit que la malade fait un effort considérable pour répondre à mes questions. Peau chaude, moite ; pouls à 80, régulier ; langue large, humide, sans enduit ; ventre souple, indolent dans toutes ses parties; pas de selles depuis deux jours, sécrétion lactée complètement supprimée : la pression des bouts de sein n'amène qu'avec peine la sortie d'une gouttelette d'un liquide un peu filant et tout à fait transparent.

Prescription. — Cataplasmes chauds renouvelés sur les seins ; aloès et gomme-gutte āā. 0, 25 centigrammes en 2 pilules ; sulfate de quinine, 1,00 gramme en trois prises.

3 février, au matin. Délire agité pendant toute la nuit ; la malade est plusieurs fois sortie de son lit, malgré les efforts de son mari. Les pilules purgatives ont déterminé plusieurs selles, qu'elle a laissé aller sous elle. A mon arrivée, le corps est couvert de sueur ; le pouls, un peu mou, est à 90. La température axillaire à 38°,7. La face est rouge, les yeux ouverts, le regard égaré. La connaissance est presque entièrement abolie : il faut vivement exciter l'attention de la malade pour obtenir une ré-

ponse par oui ou par non. Les muscles masséters et temporaux sont contracturés. Ils se dessinent sous la peau à travers laquelle on peut voir qu'ils sont, en outre, le siége de contractions fibrillaires, d'une sorte de tremblement. On réussit néanmoins, en appuyant fortement et d'une manière continue sur le menton, à écarter un peu les mâchoires. Aux membres supérieurs, la contracture des muscles brachiaux maintient les avant-bras fléchis à angle droit. Quand on les étend de force, ils cèdent par saccades et reprennent aussitôt lâchés leur position première. Toux fréquente depuis ce matin; expectoration abondante, non rouillée, de mucosités filantes que la malade laisse s'accumuler dans sa bouche; matité prononcée et étendue au-dessous de l'omoplate gauche; vibrations thoraciques ne paraissant pas modifiées; faiblesse du bruit respiratoire en ce point; râles humides, demi-fins, peu serrés. Le ventre est souple dans toute son étendue et paraît indolore. Le toucher vaginal ne trouve rien d'anormal, ni au col de l'utérus qui est mobile, ni dans les culs-de-sac qui sont libres. Je m'assure également que la hanche ankylosée n'est le siége d'aucun travail morbide appréciable.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme 50 centig. en trois prises; potion avec extrait de quinquina, 4 grammes, et alcoolature d'aconit, 2 grammes. Sinapismes renouvelés aux extrémités; cataplasmes chauds sur les seins.

3 février, 8 heures du soir. Fièvre vive, pouls à 110; dépressible, température axillaire à 40°. La malade ne répond plus aux questions. Les pupilles sont égales et se contractent à la lumière. Les membres supérieurs sont contracturés; mais la main gauche retombe inerte quand on la soulève. La toux est encore plus fréquente; la matité du côté gauche a augmenté, sans être tout à fait absolue; râles muqueux plus gros et plus serrés que ce matin. Le ventre est un peu tendu au niveau de l'hypochondre droit dont la pression paraît douloureuse. Le foie déborde manifestement les côtes.

4 février, matin. Les symptômes se sont aggravés. La perte de connaissance est absolue; cependant les yeux paraissent suivre encore les mouvements des personnes qui entourent la

malade. Le trismus est plus invincible qu'hier. La contracture des bras s'accompagne de tremblements; l'inertie de la main gauche n'a pas continué; les membres inférieurs se meuvent librement. La pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite. Les yeux se ferment à l'approche de la main.

Dans la journée, le pouls devient de plus en plus fréquent et misérable. Il y a encore des alternatives de moiteur et de sécheresse de la peau. Le ventre se ballonne de plus en plus dans sa partie supérieure; il reste souple en bas. L'agonie commence le soir, et la malade expire le 5 février à huit heures du matin.

Le cadavre se décompose rapidement, malgré la basse température atmosphérique (+ 5°).

Réflexions. — L'autopsie n'a pu être faite; mais, malgré cette lacune regrettable, cette observation offre encore un intérêt assez grand que je vais m'efforcer de faire ressortir.

Elle nous offre le tableau complet de l'infection purulente avec ses symptômes généraux habituels et ses manifestations encéphaliques, thoraciques et abdominales, que l'autopsie aurait certainement mises hors de doute.

Faut-il donc admettre que ma malade a succombé à une infection purulente spontanée, essentielle, sans foyer purulent générateur? Mais l'infection purulente essentielle, de même que la fièvre puerpérale essentielle, paraissent passées à l'état de mythe, surtout depuis qu'on a montré pour cette dernière maladie où il fallait chercher et où l'on trouvait le plus souvent la phlébite ou la lymphangite génératrice.

S'agit-il alors d'une pyohémie puerpérale, c'est-à-dire causée par un reliquat du traumatisme de la parturition? Mais il s'est écoulé près de huit mois depuis l'accouchement, et, pendant tout ce temps, la santé de la mère a été parfaite. De plus, la palpation abdominale et le toucher vaginal, malgré l'insistance que j'y ai mise, n'ont pu révéler la moindre altération dans les organes contenus dans le bassin. On trouve bien dans les auteurs quelques exemples de pyohémie observée sur des femmes accouchées depuis longtemps. Ainsi, M. Maurice Raynaud (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 4 avril 1873) rapporte l'histoire d'une femme qui, neuf mois après une dernière couche, a succombé à

une infection purulente. Mais il me paraît évident par la lecture de cette observation que le point de départ des accidents a été un abcès développé dans la région parotidienne, abcès contemporain des premiers symptômes, et duquel partaient des *veinules turgescentes dont plusieurs paraissaient contenir du pus.* Ici, rien de pareil ne saurait être invoqué comme cause des accidents. Les symptômes généraux ont précédé de beaucoup les symptômes locaux qui traduisaient au dehors les lésions encéphaliques, thoraciques et abdominales, et l'examen le plus minutieux des parties du corps accessibles à la vue et au toucher n'a jamais pu constater le moindre signe d'une altération suspecte : phlébite, varices, suppuration quelconque, etc.

La malade a-t-elle été soumise à l'empoisonnement puerpéral que M. Hervieux paraît regarder comme la condition à peu près essentielle de tous les accidents puerpéraux ? Rien n'est plus invraisemblable. Elle habitait au deuxième étage d'une maison située sur un des points les plus culminants de la ville. D'un côté, une rue large; de l'autre, des jardins. Elle vivait seule avec son mari et elle n'a eu aucun rapport connu, direct ou indirect, avec des femmes accouchées récemment. De plus, il n'existe pas en ville depuis longtemps de mortalité anormale chez les accouchées.

J'ai aussi examiné et rejeté comme dénuée de tout fondement une supposition qui s'était présentée à mon esprit le premier jour où je vis la malade, savoir : le rôle possible d'une cause paludéenne dans les phénomènes que j'observais. Mais, indépendamment du démenti que la suite de la maladie aurait donné à cette interprétation, la circonstance que la malade n'avait jamais habité ni même vu que deux localités, que je connais fort bien par moi-même et tout à fait indemnes de toute influence maremmatique, s'opposait à ce que je m'y arrêtasse longtemps.

Reste une dernière hypothèse sur l'origine première des accidents; mais je ne l'aborde qu'avec beaucoup d'hésitation, car il s'agit de réviser un procès qui paraît perdu sans retour, et je suis loin d'être un avocat suffisant pour faire revivre une question depuis si longtemps enterrée. Je reconnais, de plus,

En raison des symptômes observés sur notre malade, il me paraît certain que l'autopsie aurait révélé dans l'encéphale et les méninges, dans le poumon et la plèvre, dans le foie et le péritoine voisin, les lésions produites par ces infarctus, qu'ils aient été d'origine purulente ou laiteuse. Décider de leur cause d'après leur examen seul aurait probablement été fort difficile, sinon impossible. Pour trancher la question, il eût absolument fallu trouver, en cas de pyohémie, le nid purulent. L'absence de cette lésion primitive, malgré toutes les recherches, aurait donné quelque poids à la supposition d'une infection graisseuse ou laiteuse, comme on voudra, dont j'ai cherché à montrer la possibilité. Peut-être l'état des vaisseaux veineux et lymphatiques émergeant des glandes mammaires, et l'examen des liquides qu'ils contenaient auraient-ils fourni des renseignements précieux pour la saine interprétation des phénomènes observés.

Certes, c'est bien à tort que nos pères avaient accusé le lait de tous les malheurs qui peuvent arriver aux femmes mères; mais je ne puis croire non plus que la suppression brusque d'une sécrétion aussi importante qu'une lactation bien établie n'ait pas quelquefois sur la santé de la nourrice une influence fâcheuse, et je ne voudrais pas voir rejeter avec dédain de l'étiologie pathologique, par cela seul qu'on en a grandement abusé, une cause qui vraisemblement doit, *dans certains cas probablement rares*, y jouer un rôle efficace, sinon bien défini.

En somme, je n'ai nullement la prétention de bâtir une théorie sur l'observation incomplète qu'on vient de lire. Elle m'a seulement inspiré des doutes sur l'interprétation qu'il convenait de lui donner d'après les idées actuellement admises dans la science, et mon unique objet, en la publiant, est, si ces doutes paraissent légitimes à d'autres observateurs, de provoquer des recherches susceptibles de les résoudre dans un sens ou dans l'autre.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Corps fibreux de l'utérus.

(Suite de la discussion) (1).

M. DESPRÉS. Je suis très-heureux d'avoir entendu l'intéressante communication de M. Tillaux, d'autant plus que, dans un cas analogue, je me suis abstenu. Il s'agissait d'un polype considérable, sorti à moitié de la cavité utérine. Je pratiquai le toucher rectal, dans le but d'atteindre la limite supérieure ; il me fut impossible d'y parvenir. Je résistai aux propositions qui me furent faites de pratiquer l'ablation de ce corps fibreux, et je renvoyai la malade chez elle. Il y a, du reste, dans la science, des faits nombreux d'opérations terminées aussi malheureusement que celle de notre collègue, sans compter tous les faits de ce genre qui n'ont pas été publiés.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. M. Tillaux a-t-il bien constaté un pédicule sur son polype fibreux? Ceux que j'ai vus, pour ma part, se nourrissaient par leur surface externe. Quant à l'extirpation des corps fibreux de la matrice, on y arrive avec une patience rare. Je me suis servi dans ce but de ligatures temporaires, et, au bout de plusieurs mois de ce traitement, j'ai pu terminer l'extirpation sans danger. Je puis dire que, pour des opérations de ce genre, je n'ai jamais vu d'accidents mortels. En un mot, c'est un long accouchement auquel j'assiste.

M. POLAILLON. Je voudrais insister sur un point qui a été effleuré par M. Guéniot, à savoir, la putréfaction du morceau de corps fibreux qui reste dans la cavité utérine. Je me rappelle avoir enlevé un polype et l'avoir sectionné assez loin de son implantation. Après une série de cautérisations faites sur la partie restante, à l'aide de la pâte de Canquoin, la guérison a été obtenue. La section des polypes utérins peut se faire à l'aide de ligatures successives, mais surtout à l'aide du serre-nœud de Maisonneuve, qui ne glisse pas comme la chaîne, et sectionne là où on le place. Quant à la portion qui reste dans la cavité utérine, j'ai remarqué qu'après un écoulement sanieux de quelques jours de durée, tout rentre dans l'ordre, combattu par des injections répétées avec une solution au vingtième de chlorure de zinc, par exemple; la partie laissée végète, continue à vivre, et doit nécessai-

(1) Voir le numéro de janvier, p. 69.

rement être attaquée par de nouvelles cautérisations. Je signalerai un autre avantage du serre-nœud. C'est à peu près le seul instrument possible dans ces cas de polype inattaquable par le bistouri, chez des femmes anémiées par des hémorrhagies successives, au point de ne pouvoir supporter la moindre perte de sang.

M. Blot. Je ne parlerai pas du procédé opératoire. Je suis étonné, pour ma part d'entendre M. Polaillon préférer le serre-nœud à l'écraseur, et accuser celui-ci de produire plus d'hémorrhagie que le serre-nœud. Je crois même que si l'on mettait en parallèle le fil avec la chaîne, celle-ci serait la plus hémostatique des deux. Quand on examine la pièce que M. Tillaux nous a montrée, on voit que l'on peut assez facilement, à l'aide des ongles, séparer les adhérences qui unissent le corps fibreux à la surface utérine. Je crois donc qu'avec les doigts on eût pu déterminer le décollement mieux encore qu'avec le bistouri droit ou boutonné ; rien, en effet, ne vaut les doigts en pareil cas ; et dans une circonstance analogue ou identique, je me servirai uniquement de ce moyen, et je me comporterai comme il est indiqué de le faire dans les cas d'adhérence du placenta.

M. Hervez parlait tout à l'heure des accouchements prolongés de corps fibreux auxquels il assistait patiemment. Ce n'est pas malheureusement toujours possible, on a souvent la main forcée par les hémorrhagies successives et par l'anémie qui en résulte. Aussi me résumé-je ainsi comme procédé opératoire : segmentation du corps fibreux, puis énucléation à l'aide des doigts.

M. Marjolin. J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Tillaux, et je me demande si l'on ne pourrait pas singulièrement faciliter le diagnostic à l'aide du toucher rectal, d'une part, et, d'autre part, à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie. L'espace intermédiaire devrait représenter exactement le volume de l'utérus.

M. Dubrueil. Je crois qu'il faut mieux, dans l'espèce, employer le constricteur que l'écraseur ; il est plus hémostatique ; de plus, le fil ou cable a l'avantage sur la chaîne de prendre toutes les formes imaginables et de ne pas glisser.

M. Terrier. M. Chassaignac, dont j'ai été l'interne, a fait construire un écraseur courbe dans le but de pouvoir facilement étrangler le polype dans le vagin sans exercer de tractions. Je n'ai pas constaté d'hémorrhagies à la suite de plusieurs opérations de ce genre que je lui ai vu pratiquer. Il suffit d'y mettre le temps nécessaire. Je crois donc que, pour les polypes tombés dans la cavité vaginale, l'application de la chaîne de l'écraseur courbe sera d'une grande utilité. Je crois, au contraire, que le fil ou le cable du serre-nœud de Maisonneuve doit être réservé pour les polypes intra-utérins.

M. Forget. Je ne reviendrai pas sur les polypes intermittents. M. Tillaux a déclaré lui-même que ce cas était fréquent, et je rappel-

lerai à ce propos l'opinion de Lisfranc, qui recommandait toujours l'examen, dans ce cas, au moment des règles. Pour le second fait, il me paraît évident que l'hystéromètre a passé autour du corps fibreux, lequel était non sessile, mais bien pédiculé dans la cavité utérine. J'insisterai un peu plus sur la troisième observation. Il y a dans les cas de ce genre de grandes difficultés, vis-à-vis desquelles j'ai vu souvent nos maîtres hésiter, voire même s'égarer. Les revers en pareil cas instruisent beaucoup plus que les succès, et c'est à ce titre que je remercie M. Tillaux de sa communication. J'ai été frappé de la forme régulière et dépourvue de bosselures de la tumeur qui nous a été présentée ; on pourrait en arguer qu'elle était depuis longtemps coiffée dans la matrice, dont elle représentait pour ainsi dire le moule, et qu'elle n'avait pu, par conséquent, se livrer à ces irrégularités, à ces excentricités pour ainsi dire, que l'on observe parfois. Quant au moyen de traitement à adopter, je considère la segmentation comme une bonne chose ; mais puisque dans un autre ordre d'idées on a discuté la valeur de l'incision, de l'excision, de l'écrasement, de la ligature extemporanée, pourquoi n'emploierait-on pas aussi la ligature temporaire ? Dans ce cas, où on est très-perplexe sur la nature des tissus à diviser, pourquoi ne pas appliquer le serre-nœud de Desault ? En mettant tout au pis, c'est-à-dire dans le cas où l'on aurait le malheur de traverser l'utérus, on aurait encore une chance, celle qui résulterait de l'adossement des séreuses obtenu par le procédé. Dans un cas très-grave de polype chez une femme exsangue, j'ai vu la ligature faite au fond de la matrice amener la décomposition de la tumeur. Les serre-nœuds proprement dits sont aujourd'hui absolument oublié. Ne serait-ce pas le cas de les faire revivre ? C'est une idée que je soumets à M. Tillaux.

M. Tillaux. Je remercie mes collègues des observations qu'ils m'ont adressées, et je regrette que le temps ne me permette pas de leur répondre plus longuement. Je ne voudrais pas qu'on pût m'accuser de considérer comme rare l'intermittence dans l'apparition des polypes. On sait que ces productions sont de deux espèces : les polypes de la paroi, les polypes de la cavité. Tous deux peuvent se présenter brusquement dans le vagin, or je persiste à croire que, dans l'examen hystérométrique que j'ai fait, je cherchais le polype avec trop d'intérêt pour être certain que si je ne trouvais rien dans la cavité utérine, c'est qu'il n'y avait pas de polype ; rien, du reste, ne me choque à l'idée de croire à un corps fibreux contenu dans la paroi utérine et chassé comme un noyau dans la cavité vaginale.

Je répondrai à M. Duplay qu'il est facile de dire que les tractions sont absolument contredites, mais qu'il est impossible de suivre ce programme dans un cas analogue au mien, où la tumeur remontait, d'une part, à l'ombilic, et de l'autre, emplissait absolument la vulve.

J'avais bien pensé à morceler la masse, et je m'étais muni à cet effet de pinces, de forceps, de céphalotribes, etc.; il n'y avait rien à tenter dans ce sens.

Qu'on le sache bien, en effet, je n'ai pas fait cette opération à la légère; j'y ai longtemps réfléchi ; j'ai gardé la malade en observation six semaines dans mon service, je connaissais les faits de Jarjavey, mais il faut bien le dire, les faits ne se ressemblent pas. Il n'y avait pas de moyen terme dans mon cas. Ou renoncer à l'opération, suivant en cela la conduite de M. Desprès; mais la femme était épusée et réclamait mon intervention à grands cris. Ou tenter l'extirpation, et faire saillir en dehors la tumeur, qui était enclavée de telle sorte que je ne pouvais passer le doigt entre elle et le pubis.

Je répondrai à M. Forget que, par le fait, ce corps fibreux adhérait au fond de l'utérus et s'étendait jusqu'à la vulve; mais je n'en savais absolument rien, et je ne pouvais le savoir. La tumeur occupait-elle le fond, ou au contraire, était-elle greffée sur le col et refoulait-elle la matrice en haut? Quand j'ai eu attiré la tumeur au dehors, je me suis assuré par une série d'incisions longitudinales qu'il n'y avait pas d'utérus au-dessus ou dedans, et ma grande faute a consisté à ne pas continuer avec le bistouri, et à lui substituer la chaîne de l'écraseur, qui a glissé. Je ferai observer à M. Hervez que la ligature temporaire était impossible à placer à cause de l'enclavement.

Enfin, je dirai à MM. Polaillon et Guéniot, que je n'ai pas d'expérience personnelle au sujet de l'infection putride résultant de l'extirpation incomplète des corps fibreux. J'ai seulement lu qu'elle arrivait parfois à la suite du sphacèle qui se produisait dans ce cas.

(Séance du 2 décembre 1874. *Gaz. des Hôp.*)

Atrésie du vagin consécutive à une gangrène de ses parois. Fistule vésico-vaginale sans incontinence d'urine. — M. le Dr Fleury (de Clermont-Ferrand) a adressé à la Société l'observation suivante : La nommée Marguerite B........, âgée de 29 ans, vint à l'Hôtel-Dieu de Clermont, en 1868, pour y être traitée d'une fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux qui remontait à cinq semaines. Comme il existait en même temps une paraplégie, je me bornai à combattre celle-ci au moyen de bains sulfureux et de toniques à l'intérieur.

Lorsqu'elle fut rétablie, je la renvoyai dans son pays en lui recommandant de revenir lorsque ses forces seraient complètement revenues.

Six ans s'écoulèrent; je n'entendis plus parler de cette malade, lorsque, le 11 mai de cette année, elle vint me trouver avec son mari,

en me disant qu'elle était dans l'impossibilité d'avoir de nouveaux enfants.

Ses règles étaient restées trois ans sans se montrer ; mais, depuis 1871, elles avaient reparu et marché très-régulièrement. Les urines s'écoulaient volontairement, mais, pendant le jour, la miction était répétée tandis qu'elle pouvait rester la nuit entière sans les rendre.

L'état général de sa santé était aussi satisfaisant que possible.

En pratiquant le toucher, je sentis à 3 centimètres de la vulve une cloison verticale, déprimée à sa partie centrale et froncée comme une bourse. Une ouverture très-petite occupait le sommet de cette espèce d'entonnoir. C'est par elle que s'échappait à chaque époque le sang menstruel.

L'urine, suivant toutes les probabilités, devait s'écouler par le canal de l'urèthre, puisque sa miction était volontaire.

Le vagin était-il entièrement cloisonné par le fait des adhérences qu'avait dû provoquer une inflammation éliminatrice ? la vessie communiquait-elle avec lui? c'est ce que l'on ne pouvait déterminer qu'en incisant ce diaphragme membraneux.

Le 13 mai, un bistouri boutonné, glissé dans l'ouverture, divisa assez largement cette membrane pour que l'index pût être introduit, mais à peine l'incision était-elle terminée qu'un flot d'urine s'échappa par l'ouverture, comme on l'observe lorsque, dans l'opération de la taille, le lithotome divise le col de la vessie.

Il me fut impossible de sentir le col utérin, mais une sonde introduite dans le canal de l'urèthre fut parfaitement sentie par le doigt.

Un tissu mou, velouté, comme fongueux, qui tapissait la paroi supérieure de la portion du conduit situé derrière ce diaphragme, ne laissait aucune espèce de doute sur la communication qui existait entre la vessie et le vagin.

Dans ces conditions, il n'y avait plus à songer à maintenir l'intégrité du conduit vulvo-utérin, car cette disposition était pour la malade bien préférable à une incontinence d'urine.

Toute la question était de savoir par où s'échappaient les urines.

J'ai laissé la plaie se cicatriser avant de recourir à un nouvel examen.

Le 2 juin, veille du jour où la malade a quitté l'hôpital, je lui ai recommandé de conserver ses urines jusqu'au moment de la visite. En la plaçant sur le bord de son lit, j'ai pu voir que, sous l'influence d'une contraction légère, elles s'échappaient par l'orifice anormal ; il ne s'en est pas écoulé une seule goutte par le canal de l'urèthre.

Nul doute que les fibres musculaires qui doublent la muqueuse vaginale ne soient, chez cette malade, susceptibles d'obéir à la vo-

lonté et de se contracter sous son influence commes celles qui forment le col de la vessie.

La conséquence pratique qui découle de ce fait est que, dans les pertes de substances considérables du canal vésico-vaginal, s'il était impossible de remédier à la perte de substance par un des procédés opératoires récemment imaginés, on pourrait obtenir, par une cautérisation au fer ronge, la destruction de la muqueuse du vagin et l'adhérence de ses parois, bien mieux qu'en pratiquant la suture du conduit.

Si l'oblitération est complète, les urines et le sang des règles s'écouleront par le méat urinaire. Dans le cas où il resterait une ouverture fistuleuse, elle pourrait donner issue à ces produits, l'intervention de la volonté pouvant soustraire ces malades à une incontinence d'urine. (Séance du 24 juin 1874.)

Présentation d'un fœtus anencéphale né à terme dans le service d'accouchements de la Maternité de Cochin. — M. Polaillon. — Ce fœtus présente tous les caractères des anencéphales. Les os de la cavité du crâne manquent complètement. A la place de la saillie du crâne, on trouve deux tumeurs hémisphériques, grosses comme de petites pommes, situées de chaque côté de la ligne médiane et séparées par une fente profonde, dans laquelle le doigt pouvait s'introduire comme dans une sorte d'orifice. Ces tumeurs sont d'une couleur violacée et d'une consistance molle. Elles ne présentent pas de battements. Une membrane mince, qui paraît être une expansion des méninges, les recouvre et se continue avec les téguments de la face, de la nuque et du cou.

Ce fœtus a vécu vingt-quatre heures. Pendant sa vie, il a exécuté des mouvements spontanés. Il réagissait sous l'influence des impressions extérieures, poussait des cris et exécutait des mouvements de succion. La mort est arrivée sans convulsions, à la suite d'un affaiblissement graduel.

Après avoir ouvert le rachis, j'ai trouvé que la moelle épinière et les racines des nerfs étaient bien conformées, que la moelle était surmontée d'un léger renflement, que l'on peut considérer comme le bulbe rachidien. Mais au-dessus du bulbe rachidien, il n'y a ni protubérance annulaire, ni cerveau, ni cervelet. On voit, à la place de ces organes, une sorte de tissu spongieux, dont les vacuoles contiennent du sang. Les deux tumeurs qui surmontent la tête, et que l'on pouvait considérer pendant la vie comme un encéphale rudimentaire, sont formées par ce tissu. Le bulbe se termine, à sa partie supérieure, dans cette masse spongio-vasculaire.

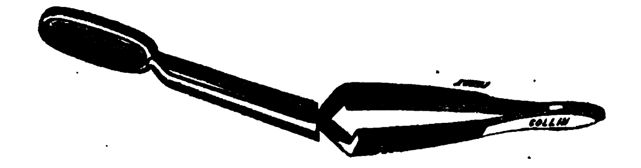
Les nerfs des membres et du tronc son bien développés et viennent

se rendre à la moelle. Les nerfs crâniens qui naissent du bulbe sont aussi intacts. Les nerfs optiques paraissent aboutir au tissu anormal qui est situé au-dessus du bulbe, mais une dissection plus attentive devra nous éclairer ultérieurement sur ce fait. Les nerfs et les ganglions du grand sympathique ne sont pas plus volumineux que chez un fœtus bien conformé et à terme.

Les viscères ne présentent rien d'anormal. Les testicules sont contenus dans l'abdomen et sont à un état de développement peu avancé. Il existe un coloboma de l'iris droit.

En résumé, on a affaire à un fœtus *pseudencéphale*, dont la masse encéphalique est remplacée par un tissu aréolaire de la nature du tissu des tumeurs érectiles veineuses. Aucun fait de cette nature ne me paraît avoir été signalé. (Séance du 15 juillet 1874.)

Présentation d'instrument. — M. Tillaux présente un instrument de Collin, destiné à faciliter l'opération de la fistule recto-vaginale. Construit sur le principe de la pince de Desmarres, destinée à l'ex-



tirpation des kystes des paupières, cet instrument se compose de deux mors, l'un plein, l'autre en forme d'anneau. L'un s'introduit dans le rectum, l'autre dans le vagin et tous deux limitent en se rapprochant les bords de la fistule, qu'ils permettent d'aviver sans une goutte de sang et même de suturer, car le mors plein est concave et muni d'une plaque cornée qui facilite le passage des aiguilles et des fils. On peut en un mot, à l'aide de cet instrument, opérer à ciel ouvert la fistule recto-vaginale.

Nouveau procédé d'opération de la fistule recto-vaginale. — M. Demarquay. Je demande à la société, à l'occasion de la communication intéressante de M. Tillaux, de faire connaître un nouveau procédé opératoire qui m'a donné tout récemment un très-beau résultat. J'ai eu occasion de faire une série d'opérations pour guérir des fistules recto-vaginales sans réussir. La cause de mes revers tenait à deux choses : à l'accumulation des matières intestinales dans le gros intestin, à leur volume et à leur durée, et surtout à la résistance de l'anus, quand il s'agissait de les faire sortir ; pendant les efforts que la malade faisait pour aller à la garde-robe, la cicatrise se rom-

pait en tout ou en partie, et les matières passaient de nouveau par le vagin ; il y avait encore une condition anatomique d'insuccès : c'était la tension dans le sens transversal de la paroi inférieure du vagin. Pour faire disparaître ces mauvaises conditions, voici le procédé que j'ai mis en usage sur une jeune femme affectée d'une large fistule recto-vaginale, amenée par une manœuvre malheureuse d'un instrument tranchant dans l'ablation d'un polype utérin. L'opération doit être divisée en deux temps. L'opération préliminaire ayant pour but de faire disparaître les obstacles qui s'opposent à la guérison. Pour cela je fends l'anus et la paroi postérieure du rectum comme dans l'opération de la fistule à l'anus jusqu'au coccyx. Cette opération a pour résultant : 1o d'amener un relâchement considérable dans la paroi postérieure du vagin, et 2o de permettre d'opérer la fistule par le rectum, en quelque sorte à ciel ouvert, et 3o enfin de permettre aux matières intestinales de s'écouler facilement au dehors.

Quant au deuxième temps de l'opération, il se fait : 1o sur la surface intestinale où l'on pratique un large avivement obliquement taillé comme cela se passe dans la fistule vésico-vaginale opérée suivant le procédé américain ; 2o l'avivement étant fait largement et l'écoulement sanguin étant arrêté, je fais une suture métallique avec les aiguilles courbes de Blandin, en traversant la paroi inférieure du vagin, j'adosse complètement les surfaces avivées, à l'aide d'une série de points de suture dont les fils sont tordus dans le vagin comme dans la fistule vésico-vaginale. Cela se fait facilement en raison du relâchement des parties, par suite de l'incision profonde du sphincter. Grâce à cette incision, non-seulement les matières ne séjournent point dans le gros intestin, mais j'en provoque facilement l'expulsion à l'aide d'un léger laxatif. Des injections d'eau fraîche sont faites chaque matin dans le vagin. Comme il n'y a point de tension dans les parties réunies, on peut laisser les fils en place aussi longtemps qu'on veut. Je propose de les laisser huit à dix jours.

Quant au premier temps de l'opération, consistant à inciser profondément la partie de l'anus, voici ce qui se passe : petit à petit cette plaie se cicatrise et arrive à une guérison complète, absolument comme s'il s'agissait d'une opération de fistule à l'anus. Ma malade, guérie de sa fistule et de l'opération préliminaire, conservait très-bien ses matières intestinales, comme si le sphincter n'avait point été intéressé.

Mais, dira-t-on, votre opération préliminaire est grave. A cela je répondrai : Je l'ai faite souvent pour rendre faciles des opérations sur le rectum et cela sans inconvénient, et puis y a-t-il pour une jeune femme une infirmité plus dégoûtante que celle d'une fistule recto-vaginale, et ne faut-il point à tout prix l'en débarrasser ?

(Séance du 28 octobre 1874.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons sur les opérations obstétricales de Robert Barnes, traduites sur la seconde édition, par le Dr E. CORDES (1).

Cet ouvrage a eu l'honneur d'une préface écrite par M. le professeur Pajot. Nous ne nous dissimulons pas combien ce fait rend notre tâche et plus difficile et plus délicate. En quelques mots, M. Pajot a fait du même coup la critique et l'éloge de ces Leçons. Aussi notre rôle se bornera-t-il à remplir le canevas dessiné par notre savant maître.

Notre entrée en matière sera le passage suivant, que nous empruntons à la préface. On comprendra bien vite que nous ne saurions si bien dire : « Le livre du docteur Barnes n'est pas, à proprement parler, un traité dogmatique des opérations en accouchements : c'est une série de leçons originales, comprenant à la fois l'examen pratique des accidents graves de la parturition, les indications raisonnées et des recherches judicieuses sur la méthode opératoire, le procédé à choisir, l'instrument à préférer, et les manœuvres de détail destinées à assurer le succès. La clarté du style est parfaite. L'ordre, sans être tout à fait rigoureux, est ce qu'il peut être, en général, dans une série de leçons cliniques. Mais cette traduction aura surtout le grand avantage de faire connaître, en France, la pratique obstétricale actuelle des chirurgiens anglais. »

Après une introduction écrite de main de maître, et qui montre de suite au lecteur combien l'auteur est non-seulement un praticien consommé, mais encore un esprit élevé, M. Barnes donne une liste méthodique des instruments qu'un accoucheur doit toujours avoir dans son sac, afin de parer à tout événement. Eh bien, véritablement, nous l'avouons en toute sincérité, le métier d'accoucheur est certainement très-pénible; mais que serait-ce si, le jour et la nuit, ces malheureux praticiens étaient toujours obligés de porter un sac qui doit contenir : quatre instruments pour sauver l'enfant, sept pour réduire le volume du fœtus, huit pour provoquer ou accélérer le travail, un appareil à transfusion, et enfin cinq ou six bouteilles contenant des médicaments ! Comme vitrine, cela serait convenable ; mais, comme sac, cela est peu pratique, croyons-nous.

Dans la deuxième leçon, ayant démontré la supériorité du long forceps à double courbure, l'auteur étudie les aptitudes de cet instrument : 1° au point de vue de la traction ; 2° au point de vue de la com-

(1) Paris. publié chez G. Masson.

pression. Pour tirer, dit-il, l'instrument doit *saisir* et *tenir*. On pourrait croire, à première vue, que la prise est due à la compression exercée sur les manches; mais la prise est réellement due à la courbure des cuillers plus ou moins exactement appliquées sur la tête, et maintenues par l'*anneau osseux du bassin*. Nous pensons, quant à nous, que cette manière de voir est trop exclusive. En effet, quand dans un bassin rachitique (bassin plat), la tête étant retenue au-dessus du détroit supérieur, on fait une application du forceps, que se passe-t-il? Est-ce que les cuillers, placées sur les parties latérales du bassin, sont maintenues appliquées sur la tête par la ceinture osseuse? Assurément non. Si une des branches est en rapport avec un des os iliaques, l'autre en est plus ou moins éloignée. Dans ces cas, la prise est due à la courbure des cuillers, suivant les faces, ainsi qu'au peu d'écartement de leurs extrémités, et cette prise se transforme en compression dès que l'instrument est articulé et qu'on opère des tractions.

La force de compression est parfaitement étudiée; seulement nous aurions désiré voir M. Barnes élucider complètement cette question, qu'il se pose, du reste, lui-même : Jusqu'à quel point la compression peut-elle être portée sans que le fœtus soit sacrifié ? De plus, la compression doit-elle être graduelle et soutenue, ou doit-elle être intermittente? Rappelant les expériences de notre savant compatriote, M. Delore (1), il adopte cette conclusion de l'auteur, à savoir, que *la compression est proportionnelle à la traction*. Ainsi, 50 livres de traction accusent 25 livres de compression.

Les 3e, 4e et 5e Leçons sont consacrées à l'étude des causes qui nécessitent les applications de forceps, au manuel opératoire dans les différentes positions, etc.

Nous avons lu bien attentivement ces leçons, et voici notre appréciation : les causes qui retardent, entravent, ou empêchent l'accouchement, sont nettement exposées; il y a là des vues nouvelles, des idées originales qui sont le résultat d'une saine observation, et que nous ne trouvons dans aucun de nos auteurs; mais il n'en est plus de même pour ce qui se rapporte au manuel opératoire. Nous avons beaucoup mieux en France, il suffit pour s'en convaincre de lire l'article Forceps (in Dict. de Jaccoud), ou encore le chapitre Forceps (in Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements, Lenoir, Sée, Tarnier). Nos lecteurs verront avec quelle clarté, quelle simplicité, et en même temps avec quelle précision, M. Tarnier a décrit le manuel opératoire. Nous ne saurions adopter la manière de voir de M. Barnes dans les applications de forceps pour les O. I. D. P. « Je ne puis pas approuver entièrement des essais faits en vue de rectifier la

(1) Gaz. hebd., 1865.

position ; il est exceptionnel qu'ils réussissent ; ils sont rarement nécessaires et ne sont pas sans danger. La tête peut parfaitement sortir, l'occiput restant en arrière, et le cas se présente plus souvent que Nægele ne pense. Il n'est point nécessaire d'employer de la force avec ce forceps ; *l'accouchement est presque aussi facile que dans les positions occipito-antérieures.* »

Nous avons tenu à citer textuellement ce passage qui démontre entièrement, ce nous semble, ce que nous avançons plus haut. Nous croyons, au contraire, qu'on doit faire tous les efforts possibles pour obtenir la rotation. A la vérité, l'occiput peut se dégager en arrière, mais que de souffrances pour la mère et même pour l'enfant !

Voici un exemple qui prouve combien la rotation a de l'importance :

Une femme, multipare, bien conformée, est en travail depuis 24 heures, la dilatation est complète, mais la tête ne progresse pas, l'enfant se présente en O. I. D. P. Nous employons alors le procédé suivant que M. Tarnier nous a enseigné autrefois. L'index de la main gauche est introduit derrière l'oreille gauche du fœtus où il prend un point d'appui solide sur le pavillon ; nous attendons le début d'une contraction, et à ce moment, avec ce simple levier sensitif, mais faible, nous imprimons à la tête un mouvement de rotation de droite à gauche. La tête tourna immédiatement, et dix minutes après l'occiput apparaissait sous la symphyse, et après vingt minutes l'accouchement était terminé.

Il nous semble que ce fait est assez démonstratif pour que l'on s'efforce de suivre toujours le précepte suivant donné par M. Tarnier : Autant que possible, faire exécuter artificiellement à la tête, à l'aide du forceps, tous les mouvements qu'elle exécuterait spontanément dans un accouchement naturel.

Il en est de même pour les présentations de la face, on doit toujours essayer de ramener le menton en avant sans craindre de tordre le cou du fœtus.

Dix leçons sont consacrées à l'étude de la version. Il est facile de voir que c'est l'opération obstétricale favorite de l'auteur. « Si l'obstétrique devait être réduite à une seule opération, je voudrais que ce fût à la version, » dit-il. Il est en communion d'idées avec madame Lachapelle ; mais, nous pouvons l'affirmer, telle n'est point la manière de voir de la grande majorité des accoucheurs français.

La version est parfaitement étudiée et décrite. Les causes de malposition du fœtus, qui occupent si peu de place dans nos livres classiques, sont longuement exposées. L'évolution spontanée est surtout magistralement traitée ; seulement, il nous est impossible d'admettre, avec M. Barnes, une évolution céphalique spontanée, et les faits qu'il relate ne sont pas de nature à modifier notre opinion. Nous persistons à croire, avec Lazzati, que la descente de la tête est tou-

jours due aux tractions exercées sur les bras. On trouve là l'histoire complète de la version *bipolaire* ou *version combinée interne et externe* préconisée par Braxton Hicks.

Il est un autre sujet sur lequel l'auteur s'est arrêté avec complaisance, nous voulons parler de la supériorité de la version sur l'emploi du forceps dans les rétrécissements du bassin. Pour M. Barnes, il n'y a pas à hésiter; eh bien, après avoir lu avec beaucoup de soin les raisons qui, d'après lui, militent en faveur de son opinion, après avoir lu les travaux de Simpson, de Otto de Haselberg, nous persistons à penser que, dans les bassins rachitiques, symétriques, le forceps donnera de meilleurs résultats. Quant au bassin oblique ovalaire, au bassin rachitique et symétrique, il n'y a aucun doute, la version est toujours supérieure au forceps.

A propos de la version, M. Barnes indique qu'elle est la conduite à tenir dans les cas de procidences du cordon, dans les accouchements gémellaires, etc. Il s'occupe même des cas tératologiques.

En parlant des monstres simples anencéphales, M. Barnes reconnaît que le diagnostic est fort embarrassant, cela est vrai; il aurait pu indiquer ce fait, signalé par Dubois, et qui ne nous a pas fait défaut dans deux cas de pseudo-encéphales que nous avons pu observer, nous voulons parler des mouvements désordonnés et comme convulsifs exécutés par le fœtus dans la cavité utérine dès que le doigt arrive au contact des parties osseuses irrégulières qui représentent le crâne.

La 15e leçon est consacrée à l'étude des complications mécaniques de la grossesse et de l'accouchement. On trouve un historique à peu près complet de la rétroversion et de la rétroflexion pendant la grossesse. C'est un chapitre qu'on chercherait en vain dans nos traités d'accouchements.

Avec M. Bernutz l'auteur admet, contrairement à ce que d'autres gynécologistes avaient avancé, que les rétroversions ou rétroflexions antérieures à la grossesse ne s'opposent pas à la fécondation.

Les causes sont bien étudiées ainsi que les symptômes et le traitement, cependant l'auteur n'indique pas à quelle époque on doit tenter la réduction; point très-important (et sur lequel M. Bernutz insiste avec raison. D'après ce savant maître, on ne doit pas tenter la réduction avant le troisième mois, on ne doit que surveiller la vessie et le rectum et donner à la femme une certaine situation, car assez souvent on assiste à une réduction spontanée. Le lecteur trouvera dans ces leçons d'excellentes notions, concernant le prolapsus utérin, l'allongement hypertrophique du col, etc., etc. Et dans la 18e leçon, un très-bon chapitre consacré à l'étude des ruptures du l'utérus gravide.

Dans la 20e leçon, l'auteur étudie l'accouchement prématuré arti-

ficiel. C'est certainement une des plus belles leçons et qui peut marcher de pair avec le magnifique article qu'a écrit M. Jacquemier sur le même sujet dans le Dictionnaire encyclopédique.

Nous n'admettons pas cependant sans réserves la méthode de l'auteur et nous pensons que dans les cas où le placenta est inséré sur la zone inférieure, il pourrait survenir des accidents hémorrhagiques graves. Nous pourrions répéter ici, M. Barnes a trop de *propension pour tout terminer en une fois*. Enfin, dans les quatre dernières leçons, sont étudiées les hémorrhagies puerpérales, que l'auteur divise en deux grandes classes :

1° Hémorrhagies qui se produisent pendant la grossesse;

2° Hémorrhagies qui se produisent pendant et après l'accouchement.

Toute cette partie est magistralement traitée. Nous ne saurions trop attirer l'attention des praticiens sur la nouvelle méthode qu'emploie M. Barnes dans le traitement de l'hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta. En France, nous employons comme l'auteur la méthode de Puzos (rupture prématurée des membranes), quand le col offre déjà une certaine dilatation; mais, quand la dilatation est nulle, nous avons recours au tamponnement. Si cette méthode sauve presque toujours la femme. elle amène bien souvent la mort de l'enfant, ce n'est en somme qu'une demi-victoire.

Tandis que le procédé que recommande M. Barnes donne, dit-il, autant de chances que possible à l'enfant, tout en assurant, autant que faire se peut, le salut de la mère.

Mais nous ne saurions accepter, par exemple, le traitement que préconise notre confrère contre les hémorrhagies après l'accouchement, et qui consiste dans des injections intra-utérines de perchlorure de fer plus ou moins étendu d'eau.

Ces réserves faites, il ne nous reste plus qu'à faire de cet ouvrage les plus grands éloges, et à adresser au traducteur intelligent qui nous l'a fait connaître nos plus sincères remercîments.

Peut-être M. Barnes trouvera-t-il que nous avons été sévère ; mais il voudra bien se rappeler que, sans la liberté de blâmer, il n'est point d'éloge flatteur.

Dr D.

Dystocie grave par suite de monstruosité extraordinaire, par le Dr Edoardo Porro.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, robuste et bien constituée, ayant déjà eu deux accouchements naturels faciles. Dans les quatre premiers mois de sa grossesse, elle présenta de l'œdème et des varices de la vulve, quoique le ventre n'eût pris aucun développement, au

point qu'on doutait de la grossesse. Au cinquième mois, l'utérus augmenta un peu de volume, un peu plus le sixième, énormément le septième; et dans les premiers jours du huitième, le ventre dépassait le volume qu'il avait eu dans les grossesses antérieures, ce qui fit croire à une grossesse gémellaire. L'état général resta bon et les mouvements du fœtus ne furent perçus qu'une seule fois vers le sixième mois.

Vers le milieu du huitième mois, le travail se déclare; au bout d'un moment, rupture des membranes et écoulement considérable de liquide ; bientôt après, hémorrhagie devenant peu à peu assez abondante. On diagnostique à ce moment une présentation transversale. Ventre modérément développé, utérus dépassant l'ombilic de trois travers de doigt, plus large que long. Dans la fosse iliaque droite, corps arrondi, dur; dans la gauche, autre corps arrondi, moins dur et moins circonscrit, battements du cœur à la limite inférieure de la région ombilicale. — L'orifice utérin, suffisamment dilaté et dilatable, laissait saillir vers la gauche un corps mou, irrégulier, couvert de caillots qui fut reconnu pour le placenta implanté vicieusement et dont le décollement avait amené l'hémorrhagie. Entre le placenta et le bord libre de l'orifice du col, on sentait le bras droit du fœtus. La présentation de l'épaule était donc compliquée d'implantation vicieuse du placenta.

La main introduite pour la version, au lieu de sentir le dos du fœtus, rencontre une poche membraneuse, tendue, fluctuante, s'étendant vers la gauche et au delà de laquelle elle ne peut aller. A droite, entre la tête et la poche fluctuante, au fond d'une espèce de sillon, on sent les vertèbres, les omoplates, le cou. L'opérateur, ne pouvant atteindre les fesses, retire sa main et sent en même temps que l'abdomen présente une tumeur molle, inégale, se confondant avec le placenta. Outre la présentation de l'épaule, on avait encore affaire à un fœtus monstrueux atteint de spina bifida énorme et d'exstrophie abdominale.

La main gauche, introduite à son tour, finit par atteindre les pieds qui permettent d'engager le tronc dans l'excavation. A ce moment, un flot de liquide séreux s'échappe et le fœtus ne tarde pas à sortir sans être retenu par le cordon ombilical dont il n'existe que des traces. — Délivrance et suites de couches normales.

Le fœtus est normal quant à la tête, aux membres supérieurs et au thorax. Mis dans la position verticale, il présente au même niveau deux tumeurs, l'une antérieure, constituée par une hernie complète de tout le contenu abdominal ; l'autre postérieure, due à un spina bifida. Le tronc du fœtus est très-court.

La poche dorsale remplie artificiellement contient 800 grammes de liquide ; sa circonférence maximum est de 37 centimètres ; sa partie

supérieure appuie sur l'occiput du fœtus ; sa partie inférieure atteint le tiers inférieur des cuisses. La circonférence horizontale des deux tumeurs et de l'abdomen qui les sépare est de 50 centimètres. L'ouverture du fœtus montre d'autres anomalies importantes. Ces détails montrent que, même dans le cas de présentation ordinaire, l'accouchement ne pouvait se terminer sans l'évacuation du liquide hydrorachidien. (*Lettera del Dr Porro al prof. Chiara.* Milano, 1873.)

VIAULT.

Polype utérin opéré par la ligature élastique. — Il s'agit d'une femme de 36 ans, présentant un polype implanté au fond de l'utérus par un pédicule gros comme un doigt, et épuisée par de nombreuses et abondantes hémorrhagies. Le Dr D. Belli imagina d'employer la ligature élastique comme le moyen le plus inoffensif et le mieux indiqué en pareil cas. Ne pouvant employer les serre-nœuds ordinaires parce que, l'anse élastique une fois appliquée sur le pédicule, dès qu'on aurait voulu la serrer, on aurait étendu la partie du cordon, située le long du serre-nœud, bien plutôt qu'on n'eût agi sur l'anse entourant le pédicule, à cause de l'angle qu'elle forme avec l'instrument, voici le procédé qui fut suivi : Ayant pris deux sondes de femme et 5 centimètres de tube à drainage de la grosseur des sondes, le Dr Belli passa une des extrémités du tube dans les deux yeux d'une des sondes et la fixa solidement avec plusieurs tours de fil. Il fit de même pour l'autre extrémité du tube et l'autre sonde, en disposant le tout de façon que les sondes restassent parallèles et assez rapprochées pour se toucher. L'instrument ainsi construit fut porté, avec l'aide du doigt, jusque sur le pédicule de la tumeur, puis les extrémités libres des sondes ayant été prises, une de chaque main, et celle de gauche tenue solidement, on fit tourner celle de droite parallèlement autour du polype jusqu'à ce qu'elle eût atteint la première, au-dessous de laquelle on la fit passer en tirant un peu en bas. La sonde gauche, prise à son tour de la main droite, tandis que l'autre restait fixée par la main opposée, on lui fit faire le second tour, en sens inverse de la première, au-dessous de laquelle on la fit aussi passer par la même manœuvre que plus haut. Les deux sondes restèrent alors immobiles, on les lia par précaution au moyen d'un ruban passé dans leurs anneaux, et le tout fut attaché à la cuisse droite.

L'opération ne dura que quelques secondes et fut supportée très-facilement. Le polype se détacha la cinquième jour et la malade se rétablit rapidement. (*Il Raccoglitore medico*, 1874, nº 15, d'après la *Rivista di Bologna*.)

VIAULT.

Trois observations qui éclairent quelques points du diagnostic différentiel des maladies des ovaires, recueillies dans le service du Dr C. H. F. Routh, à Samaritan Hospital for women.

Les trois cas que nous trouvons relatés dans ce travail sont trois cas de cancer de l'épiploon pris pour des kystes de l'ovaire.

Lorsque le cancer siége, en effet, sur l'épiploon, il se produit des adhérences entre les côlons ascendant, transverse, descendant et les parois de l'abdomen qui circonscrivent une cavité dans laquelle s'amasse du liquide. Il résulte de là un pseudo-kyste qui, dans certains cas, peut être très-difficilement distingué d'un kyste de l'ovaire.

Chez les trois malades auxquelles il est fait allusion, on fit la ponction, croyant avoir affaire à un kyste, et la mort survint par suite de la nature cancéreuse de la maladie. De l'examen des faits, il résulte que lorsqu'il existe des adhérences principalement du côté du côlon, comme dans deux des cas rapportés, et particulièrement lorsque l'induration est plus marquée dans un point, il est extrêmement difficile sinon impossible de diagnostiquer le pseudo-kyste, que l'on rencontre alors, d'un kyste véritable, soit de l'ovaire, soit extra-ovarien.

Le liquide extrait par la ponction aurait pu seul éclairer sur la nature de la lésion.

Dans le troisième cas, si un examen attentif eût été fait, il est possible que le diagnostic eût pu être porté, mais dans les trois cas, cependant, l'existence d'un kyste fut admise par des observateurs compétents que l'autopsie vint désapprouver. (*The Obstetrical journal*, april 1874, p. 13.) A. L.

Histoire d'une affection calculeuse de la matrice, par le Dr Avièta Candura.— Voici les conclusions de ce travail par l'auteur lui-même.

1° Il n'y a pas, dit-il, le moindre doute à l'égard de la formation de calculs dans l'intérieur de la matrice.

2° Ces calculs se forment très-rapidement ; aussi, nous pouvons admettre avec Van Helmont, une force pétrifiante niée par quelques auteurs qui regardent seulement comme possible la formation lente de ces corps.

3° Le diagnostic de cette affection est difficile, tant qu'on n'a pas vérifié l'existence de calculs dans l'utérus.

4° Le pronostic est grave, moins cependant que si un calcul de même grosseur se trouvait dans la vessie.

5° Le meilleur traitement est d'abandonner la maladie aux efforts de la nature jusqu'à ce que les calculs soient expulsés dans le vagin dont on les extrait facilement avec des pinces ordinaires.

6° Cette déduction n'exclut pas l'usage des palliatifs que peut réclamer cette affection morbide et elle n'empêche pas de combattre les complications qui peuvent survenir dans le cours de la maladie.

7° La cause principale de cette affection est la prédisposition de la malade, due aux eaux peu potables qu'elle a bues et aux substances inorganiques qu'elle a absorbées par la respiration.

La malade qui fait le sujet de l'observation, habitait un village de la frontière de Navarre, et buvait l'eau de l'*éga* (rivière), cette eau dissout mal le savon et cuit difficilement les légumes, elle contient des carbonates et des sulfates de soude et de potasse. De plus, cette femme étant blanchisseuse, habitait une maison étroite et respirait de la poussière de chaux dont elle faisait usage dans la lessive.

8° Enfin ces causes, opérant sur l'économie, produisent un changement dans la composition du sang, changement qui est l'origine de la perversion des sécrétions de la muqueuse utérine, en vertu de laquelle est augmentée la quantité normale des sels sécrétés par la muqueuse. Cette perversion, soit seule, soit accompagnée d'une hypersécrétion de mucus, nous donne une idée de la nature de la maladie.

(*El siglo medico*, 9 août 1874.) A. Gary.

VARIÉTÉS.

L'importance et l'étendue de quelques-uns des mémoires que nous avons insérés dans les *Annales de gynécologie* ou qui sont en cours de publication, nous ont forcé de différer l'impression de plusieurs des travaux que nous avons reçus depuis plusieurs mois déjà. Nous prions donc nos collaborateurs de nous excuser de ce retard involontaire.

L'abondance des matières nous a également obligé de passer sous silence beaucoup de travaux publiés dans les journaux de médecine français et étrangers ; nous espérons bientôt combler cette lacune, et faire une plus large part à notre *Revue bibliographique*.

De la responsabilité médicale. — Une dame, en Angleterre, vient d'intenter un procès à son médecin. Au mois de mars 1872, le Dr Davey fut appelé à soigner en couches une femme atteinte de syphilis. Malheureusement, M. Davey ignorait ce fait. Ayant sur l'index une légère écorchure, il s'inocula la maladie à son insu et continua de vaquer à ses occupations. Au mois de mai suivant, il soigna la dame en question, Mme Simpson, pendant ses couches, mais une petite déchirure du périnée, provenant de son accouchement, ne se guérit pas entièrement ; la malade souffrait, se plaignait d'un écoulement, et plus tard il se déclara une éruption secondaire bien caractérisée. Quelque temps auparavant, des symptômes secondaires s'étaient manifestés chez M. Davey ; il expliqua alors à Mme Simpson et à son

mari son propre état et le mal qu'il lui avait involontairement communiqué. Mme Simpson fit une convention, par laquelle celui-ci s'engageait à la soigner gratuitement jusqu'à ce que son entière guérison ait été certifiée par un homme compétent et indépendant. A la fin de 1873, Mme Simpson, mécontente de M. Davey, à cause de sa négligence, lui intenta un procès.

La partie la plus intéressante dans cette affaire, au point de vue médical, est la difficulté de reconnaître un chancre sur le doigt. Avant que l'éruption ait paru sur le corps, le Dr Davey avait consulté M. Jonathan Hutchison, un des premiers syphiligraphes de Londres, qui n'était pas certain sur la nature de l'ulcère qui s'était formé sur son index. Les médecins appelés par la partie adverse, MM. Coulson et Christopher Heath, furent d'accord avec M. Hutchinson sur cette difficulté. Cette conformité d'avis entre les médecins amena un compromis par lequel M. Davey consentit à donner 500 liv. st. (12,500 fr.) à Mme Simpson, pour n'avoir pas exécuté la convention établie entre eux. Le lord chief justice observa que, quoiqu'il n'y eût aucune faute légale et certainement aucune faute morale, le docteur Davey avait eu raison de se soumettre à faire tout son possible pour dédommager Mme Simpson du mal qu'il lui avait fait par inadvertance, et exprima l'espoir que sa carrière ne souffrirait pas de cette affaire.

Les médecins anglais font une souscription en faveur de M. Davey, pour lui témoigner leur sympathie et indemniser leur malheureux confrère des pertes d'argent, qui sont évaluées à 50,000 francs, et du temps que cette affaire lui a coûté.

Qu'il nous soit permis de rappeler, à cette occasion, le fait de syphilis communiquée par le doigt d'une sage-femme à un grand nombre d'accouchées de la ville de Brive et transmise anx maris ainsi qu'aux enfants de plusieurs d'entre elles, et que nous avons publié dans le numéro d'avril 1874 des *Annales de gynécologie*.

La sage-femme, qui était l'auteur de ces diverses contaminations, fut condamnée par le tribunal de Brive à deux ans de prison et 50 frans d'amende.

Concours, — La Société médico-chirurgicale de Liége, accordera un prix de cinq cents francs et le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement élu de la médecine, de la chirurgie, des « *accouchements* » ou de la pharmacie. Le mémoire couronné sera publié dans les Annales de la Société. Les auteurs ne doivent pas présenter des travaux d'une étendue excédant cinq feuilles d'impression (soit 80 pages format grand in-8° des Annales).

Les travaux devront êtrs remis avant le 15 octobre 1875 au secrétaire général de la Société, en se conformant aux conditions ordinaires du concours. (*Scalpel*, 1875, n° 29.)

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris pendant le mois de décembre 1874.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	32	2	»	»	»	2	6.25	»	»	»	6.25	»	2
Pitié.........	36	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Charité.......	27	»	1	»	»	1	»	3.70	»	»	3.70	»	»
Saint-Antoine.	28	»	1	»	»	1	»	3.57	»	»	3.57	»	1
Necker.......	49	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Beaujon......	32	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1 (1)
Lariboisière...	77	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		1 (3)
Saint-Louis...	70	5	»	»	2	7	7.14	»	»	2.86	10.00	»	1
Lourcine.....	2	1	»	»	»	1	50.00	»	»	»	50.00	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sevres).	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	324	8	2	»	2	12	2.46	0.62	»	0.62	3.70	1	5
Services spéciaux													
Cochin.......	61	1	»	»	»	1	1.63	»	»	»	1.63	»	»
Cliniques.....	57	1	»	»	1	2	1.75	»	»	1.75	3.50	1	»
Mson d'Accouchem.	129	»	3	»	»	3	»	2.32	»	»	2.32	»	»
TOTAL.......	247	2	3	»	1	6	0.80	1.20	»	0.40	2.40	1	»

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	1013	1	0.09
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	171	»	»

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

(1) Fièvre purpérale.
(2) Péritonite puerpérale.
(3) Eclampsie puerpérale

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Un cas d'amaurose hystérique, par le Dr MENDEL (de Berlin) (*Deutsche Zeitschrift für praktische medicin*, n. 47, et *Gazette méd.*, 1875, p. 49).

Ectopie des follicules des incisives médianes inférieures chez un fœtus de 8 mois, par le Dr FAUVELLE (*Bull. méd. de l'Aisne*, 8e année, p. 85).

Supériorité de l'accouchement prématuré artificiel et de la version sur l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur et sur la crâniotomie dans les cas de rétrécissement pelvien, par le Dr Alexandre MILNE (*Edinburgh med. Journ.* et *Echo de la presse médicale*, 1874, p. 27).

Cas intéressant de dégénérescence graisseuse de l'utérus, par Ludwig GALAJAY (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung* et *Echo de la presse méd.*, 1874, p. 27).

Bons effets de l'injection de fer dans l'hémorrhagie post partum (*The British med. Journ.*, janvier 1874, et *Bulletin de thérapeutique*, 1874, 15 mars).

Hystérie confirmée chez une femme privée de vagin et d'utérus, par CASTIAUX (*Bull. méd. du Nord*, avril 1873).

Kyste multiloculaire de l'ovaire ; rupture spontanée d'une de ses parties ; péritonite ; mort (Clinique du professeur Gosselin, *France médicale*, 1874, n. 60).

Des indications et contre-indications dans le traitement des kystes de l'ovaire, par GROS-FILLAY. (Thèse de Paris, 1874.)

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

L'amputazione del collo dell' utero, coll' ansa galvano-termica. Annotazioni pratiche, par le Dr FLAVIO VOLBRANI (Estratto degli *Annali universali di medicina*, vol. 230, anno 1874).

Über die Entstehung der ubertragbaren Krankheiten des Wochenbettes, par le Dr HAUSSMANN (de Berlin). Berlin, 1875.

Estudio sobre la fuerza y la resistencia en el trabajo del parto, par le Dr ANTONIO GOMEZ TORRES. Grenade, 1875.

Essai sur les causes de l'adhérence du placenta, par le Dr LIBERT. Thèse de Paris, 1874.

Intorno alcuni fatti clinici occorsi nell' ospizio di S. Catterina in Milano, par le Dr DOMENICO CHIARA.

Le iniezioni ipodermiche d'acido fenico nei processi morbosi puerperali, par le Dr GIUSEPPE CHIARLEONI. Milan, 1874.

Traité d'obstétrique vétérinaire, par M. F. SAINT-CYR, professeur de thérapeutique générale et de pathologie interne, d'obstétrique et de clinique médicale à l'école vétérinaire de Lyon, publié chez Asselin ; Paris, 1875. Vol. in-8° avec 100 figures intercalées dans le texte.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DÉCHIRURE COMPLÈTE DU PÉRINÉE
PÉRINÉORRHAPHIE
PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS,

Par M. U. Trélat,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de la Charité.
Observation et réflexions par M. E. ORY, interne des hôpitaux.

L'opération de la périnéorrhaphie se présente dans des conditions très-diverses, et les résultats opératoires doivent nécessairement varier avec la nature même de ces conditions. C'est ainsi qu'on ne peut mettre en parallèle, pour les chances de réussite, les cas où la division du périnée est complète et ceux où elle est incomplète. La position des parties avivées, facilement juxtaposables dans le deuxième cas, est favorable à la réunion ; les contractions de l'anus, l'expulsion des matières fécales dans le cas de division complète, l'étendue de la rupture

sur la cloison recto-vaginale entraînent avec elles des difficultés spéciales, un pronostic beaucoup moins favorable, et cela malgré l'habileté de l'opérateur, car la plus brillante opération plastique peut échouer misérablement si des soins multiples ne réussissent à prévenir ou à conjurer les conséquences variées des mauvaises conditions locales.

Avant d'entreprendre une opération de cette nature, il faut préparer la malade, il faut surtout, comme nous l'a souvent indiqué M. Trélat, chercher à établir une constipation habituelle.

Or, cet état est quelquefois difficile à obtenir, soit à cause de l'habitude d'évacuations fréquentes contractée par la malade privée de sphincter anal, soit à cause de l'état d'irritation du rectum, irritation propagée à l'intestin et entretenue par le contact des liquides vaginaux sur la muqueuse rectale.

Comme on le verra dans cette observation, l'indication de provoquer la constipation a été bien comprise, mais difficilement obtenue, et M. Trélat a dû attendre plus d'un mois avant de tenter une opération qu'il regardait, à juste titre, comme compromise tant qu'il n'aurait pas été maître de régulariser les garde-robes. C'est qu'en effet, l'expulsion des matières fécales est un danger durant les jours qui suivent l'opération.

Si les selles sont diarrhéiques, leur fréquence nécessite de nombreux pansements très-fatigants pour la malade et dangereux pour les sutures; pansements nécessaires cependant, car les matières fécales aussi bien que les urines s'infiltrent le long des fils, pénètrent leur trajet, irritent et tuméfient les parties affrontées et les exposent au sphacèle et à la suppuration.

Que si les moyens médicaux sont mis en usage, si le fer, le bismuth, le diascordium, l'opium à haute dose, le régime, amènent le résultat désiré; si la constipation a pu être obtenue, d'autres inconvénients en résultent; c'est l'état de dyspnée anxieuse, le tympanisme douloureux, la perte d'appétit, puis enfin la consistance des matières expulsées par la première selle après l'opération. Cette consistance des matières peut causer des déchirures, un écartement des lambeaux et la rupture d'adhérences peu solides encore.

Puisque la constipation est nécessaire les premiers jours.

c'est au moyen d'un léger purgatif, l'huile de ricin à petite dose, que l'on rendra plus facile l'expulsion de ces matières solides, alors que jugeant les adhérences suffisamment résistantes, on croira opportun de faire cesser une constipation longuement prolongée. Mais il faut surveiller l'opérée, et, pendant plusieurs jours, ne la laisser aller à la garde-robe que dans une position favorable, les jambes et les fesses rapprochées et solidement fixées par un bandage; puis il faut renouveler le pansement chaque fois qu'il est souillé. Ces petits soins de détails sont des adjuvants indispensables dans la pratique.

Si, malgré ces précautions, après une garde-robe, les sutures une fois enlevées, les parties tendent à s'écarter, les lambeaux se désunissent, il ne faut pas désespérer encore d'obtenir un heureux résultat, la réunion par bourgeonnement peut amener une cicatrisation secondaire très-satisfaisante, mais il faut l'avouer, achetée par la malade au prix d'une immobilisation prolongée et pénible qui nécessite des soins multiples.

Ces réflexions nous sont inspirées par un cas de périnéorrhaphie dont nous avons été témoin récemment dans le service de M. le professeur Trélat; l'observation nous paraît assez intéressante pour être publiée *in extenso*.

Déchirure du périnée. — Périnéorrhaphie par M. Trélat. — 3 points de sutures enchevillées, superficielles, désunion tardive. — Guérison par réunion secondaire. — Formation d'un périnée d'un centimètre et demi. — Deuxième opération complémentaire, formation d'un périnée de 4 cent. et demi. — Guérison définitive.

Antécédents. — En 1860, à la suite d'une application de forceps, la nommée X... (Charlotte), âgée de 30 ans, eut une déchirure complète du périnée, la cloison recto-vaginale fut elle-même divisée dans une étendue de 2 centimètres; depuis lors elle conserve cette mutilation qui, entre autres conséquences graves, lui cause de l'incontinence des matières fécales. Depuis cet accident, cette jeune femme a eu trois enfants à terme et trois fausses couches. Elle a un tempérament nerveux très-marqué; malgré sa maigreur, elle est d'une bonne santé habituelle. Une première tentative de restauration a été faite à Lille, en mai 1873, mais sans aucun succès.

Après avoir été suivie à la consultation pendant quelque temps, la malade fut admise dans le service le 14 avril 1874. Pendant un

mois, M. Trélat chercha à provoquer un état de constipation habituel : régime alimentaire sévère, quinquina, tannin, pilules de fer et diascordium.

Sous l'influence de ce régime, les garde-robes devinrent moins abondantes et moins fréquentes, elles furent enfin réduites au nombre de deux par jour, puis la constipation s'établit et le 27 mai M. Trélat pratiqua dans de bonnes conditions la *périnéorrhaphie* instamment réclamée par la malade.

A cette époque, l'état général est satisfaisant, les règles ont cessé depuis quatre jours. Le vagin et le rectum communiquent largement et forment un cloaque divisé profondément par la cloison recto-vaginale, terminée par les débris festonnés, déchiquetés, résultant de sa déchirure. En arrière, au niveau de l'anus, procidence notable de la muqueuse du rectum. Des bains fréquents ont calmé l'érythème siégeant précédemment au pourtour de ce cloaque.

Opération. — La veille de l'opération, un léger purgatif a été prescrit pour vider l'intestin, puis le matin même, lavement simple. La malade, endormie par le chloroforme, fut placée sur le dos, les jambes et les fesses fortement écartées pour tendre les tissus.

Dans la première partie de l'opération, M. Trélat pratiqua l'avivement des surfaces ; dans la deuxième, il plaça les moyens d'union. L'*avivement* fut fait de la manière suivante : incision et dédoublement des bords à contours festonnés constitués par les débris de la cloison recto-vaginale. Le dédoublement s'étend du point où cessent les grandes lèvres jusqu'à 2 centimètres au-dessus du V de la cloison déchirée ; il a une profondeur de 2 centimètres sur les débris festonnés.

Par cette manœuvre furent constituées une lèvre supérieure vaginale, une lèvre inférieure rectale, la supérieure divisée à sa partie médiane. M. Trélat dessina ensuite, sur la paroi fessière de chaque côté, une surface triangulaire à base cutanée de 3 centimètres environ, dont le sommet répondait à l'intervalle de deux lambeaux avivés, et dont la base se trouvait sensiblement sur le prolongement des grandes lèvres. Cet avivement contribua à donner beaucoup de souplesse aux lambeaux. L'opération fut heureusement conduite, malgré l'écoulement de sang abondant, dû à l'ouverture de petites veinules très-nombreuses dans la région ; puis, après avoir nettoyé les surfaces avivées, M. Trélat commença l'application des sutures.

Trois anses provisoires de fils furent introduites à 2 centimètres l'une de l'autre dans la peau des fesses, de chaque côté, à 5 centimètres en dehors et parallèlement à la base de l'avivement cutané triangulaire. Conduites au moyen d'une très-longue et forte aiguille à faible courbure dans l'intérieur des tissus, ces anses d'attente sortirent en face l'une de l'autre tout à fait au fond de l'excavation produite par les décollements précédemment décrits. Après cette ma-

nœuvre préparatoire, 8 points de suture en fils métalliques furent placés sur les bords du lambeau vaginal dont ils rapprochèrent les deux portions, ce qui détermina une sorte de raphé médian, saillant en haut, prolongeant la cloison recto-vaginale, jusqu'à la naissance des grandes lèvres. Ces points de suture furent passés au moyen de petites aiguilles courbes, puis la torsion en fut faite avec une grande rapidité par M. Trélat, sans aucun autre secours que ses doigts indicateurs. Il n'y eut pas d'encoche, pas de tiraillement, et le contact des parties avivées fut exact. Les extrémités de ces 8 fils métalliques furent réunies en faisceau et lâchement maintenues à l'extérieur.

Ce raphé une fois constitué, M. Trélat plaça définitivement les 3 points de suture périnéale profonde. Le point médian en fil de cordonnet ciré, les deux extrêmes en fil d'argent fort. Les anses provisoires servirent au passage de ces anses définitives. Ces dernières furent fortement serrées sur de grosses sondes en gomme et l'on fit ainsi trois points de suture enchevillée. L'effet immédiat fut d'accoler les parties profondes avivées, d'attirer en bas la face antérieure du rectum et rendre suffisamment longue la portion de cloison recto-vaginale restée intacte, puis enfin de renverser en dehors les bords de l'avivement accolés profondément sur la ligne médiane. M. Trélat plaça alors 7 points de suture métallique superficiels, qui mirent en contact les limites de l'avivement et constituèrent un raphé médian périnéal. Quant aux deux portions du lambeau inférieur ou rectal, par suite des tractions opérées par les sutures enchevillées ; elles descendirent au-dessous du raphé périnéal, de telle sorte que l'orifice anal se trouvait saillant (en cul de poule), en avant des sutures. — Par suite, aucune suture rectale.

Traitement. — Le pansement fut fait avec de la charpie imbibée d'eau de Pagliari, des bandelettes imbibées de glycérine furent placées au voisinage des plaies. Les cuisses furent maintenues rapprochées au moyen d'une bande, les jambes fléchies et posées sur un coussin. Potion calmante avec vin et extrait thébaïque, 0,10 centigrammes, une potion le soir avec chloral 4 grammes, tels furent les soins consécutifs pris pour assurer le succès d'une opération qui, malgré de réelles difficultés, fut heureusement terminée en moins d'une heure un quart.

28 mai. Le gonflement des tissus du périnée s'accentue ; la malade éprouve du malaise ; le ventre est douloureux, surtout à l'épigastre ; il y a du ténesme vésical, ce qui oblige à sonder fréquemment.

Le 29. Malgré un météorisme assez considérable, pas de vomissement, mais pas d'appétit. Les tissus ont pris une teinte bleuâtre, surtout du côté droit. il s'établit le long des sutures enchevillées des trajets fistuleux ; suppuration en plusieurs points sur la ligne de réunion des lambeaux, et le 30 mai trois fils sont enlevés. On

constate alors plusieurs petits ponts charnus indices d'une réunion partielle.

1er juin. Cystite intense; météorisme et grande dyspnée, appétit nul, céphalalgie. M. Trélat retire le dernier fil superficiel placé près du rectum. Suppuration, œdème et sphacèle superficiel. On cesse la potion que prenait chaque jour la malade (vin, 108 gr., alcool de mélisse, 5 gr., sirop simple, 40 gr., extrait d'opium, 0,10 centig.), et l'on prescrit huile de ricin,30 gr. Le quatrième jour après l'opération, le purgatif détermine une débâcle qui dure vingt-quatre heures.

Le 2. Comme on devait s'y attendre, à la suite des nombreuses selles, la désunion a fait des progrès en profondeur; toutefois il existe encore en plusieurs points des petits ponts charnus unissant les lambeaux. Tandis qu'on fait le pansement, la malade expulse des matières très-liquides, on constate de plus que des gaz intestinaux s'échappent par les trajets fistuleux formés autour des sutures enchevillées, surtout du côté droit.

Le 3. Sous l'influence de la potion avec extrait thébaïque, 0,10 c., la constipation a reparu, mais la douleur à l'hypogastre a pris une acuité telle qu'on redoute une péritonite, et l'interne de garde fait appliquer le soir de l'onguent mercuriel belladoné sur le ventre. La cystite est intense, la malade a de fréquents besoins d'uriner: les urines sont floconneuses, odorantes et teintées de sang. (La malade a constamment été sondée depuis l'opération.)

M. Trélat retire deux des fils de suture enchevillée, celui du côté du vagin et le fil moyen. Il y a de profondes excoriations longitudinales de la peau, qui a été ulcérée par les sondes. Aussi coupe-t-on une partie des sondes ; celles-ci ne sont plus retenues que par l'anse la plus rapprochée du rectum. Les fils d'argent formant la suture de la cloison recto-vaginale sont également enlevés.

Le 4. Avec la constipation la malade est reprise de tympanisme, de gêne de la respiration et de coliques extrêmement pénibles. On retire le dernier fil de suture enchevillée. Pour maintenir en contact les lambeaux presque entièrement désunis, au moins superficiellement. on maintient les fesses très-fortement rapprochées au moyen d'une large bande de diachylon dont la partie moyenne soutient les plumasseaux de charpie imbibés d'alcool phéniqué servant au pansement. Au moyen d'une disposition fenêtrée de cette bande on peut changer la charpie toutes les fois qu'il est nécessaire sans écarter les fesses.

Le 6. Les selles sont plus rares et les petits lambeaux de tissu mortifiés étant éliminés, on peut espérer au moins une réunion partielle du périnée. D'ailleurs, de chaque côté du périnée, se voit une plaie longitudinale profonde, résultat de la compression des sondes. Ces pertes de substances isolent en partie le périnée et dimi-

nuent les tiraillements sur la ligne médiane ; elles jouent le rôle des incisions libératrices de Dieffenbach.

Le 11. Les fistules latérales se sont comblées. Quant à la réunion de la partie moyenne, elle est incomplète, mais déjà solide, il y a un pont long de 2 centimètres environ constitué par une surface bourgeonnante.

Pansement avec de la poudre d'iodoforme, lavages avec la solution d'alcool phéniqué ; injections vaginales.

Le 25. Les progrès de cicatrisation sont assez avancés. M. Trélat permet à la malade de se lever ; elle passe la journée sur un fauteuil.

7 juillet. Apparition des règles qui durent quatre jours. La malade a repris graduellement son embonpoint. Elle retient les matières fécales consistantes.

Le 12. On constate, par l'application d'un spéculum bivalve, un peu de métrite du col. La soudure périnéale est solide, voici brièvement l'aspect de la région.

Il existe un périnée solide long de 1 centimètre et demi. Il est constitué par une cicatrice bleuâtre, résistante. L'extrémité antérieure se continue avec une surface encore bourgeonnante, située à la naissance des grandes lèvres, à l'entrée du vagin, dont l'ouverture est un peu agrandie. Du côté du rectum, l'orifice anal est régulier, à part toutefois une sorte de petit tubercule cutanéo-muqueux, résultant de la traction en bas faite sur la muqueuse rectale, lors de l'application des sutures enchevillées. Il n'y a pas de fistules recto-vaginales.

La malade part pour le Vésinet, incomplètement guérie.

Elle devra subir une opération complémentaire.

Le séjour du Vésinet lui fut très-profitable, elle y engraissa notablement, si bien qu'après les vacances, M. Trélat, cédant au désir de la malade, compléta la restauration du périnée par une seconde opération autoplastique le 5 octobre 1874.

A cette époque, il n'y a plus trace de gonflement inflammatoire, les cicatrices sont résistantes, et le séjour de l'hôpital ne peut nuire à l'état général.

Opération complémentaire. — La malade est placée comme la première fois et soumise à l'influence du chloroforme.

Une incision médiane antéro-postérieure et peu profonde fut faite sur la muqueuse vaginale dans une longueur d'environ 1 centimètre, puis faisant attirer en dedans et en bas chacune des petites lèvres, M. Trélat les dédoubla en quelque sorte dans une hauteur d'environ 4 centimètres ; par ce moyen il obtint de chaque côté un lambeau de muqueuse. Ces lambeaux une fois débridés et écartés, les surfaces avivées limitaient une sorte de pyramide triangulaire, dont chacun des lambeaux vaginaux constituait une face, et dont la face postérieure était formée par la cloison recto-vaginale avivée et la portion

cutanée ou postérieure des petites lèvres dédoublées. Le sommet de cette pyramide répondait à l'extrémité de l'incision médiane faite sur la cloison recto-vaginale.

Trois points de suture enchevillée, métallique, très-profonde, comprenant une épaisse couche de tissu, furent passés par M. Trélat, au moyen d'une manœuvre semblable à celle décrite dans la première opération, puis il plaça cinq points de suture métallique pour maintenir affrontés les bords des lambeaux muqueux intra-vaginaux. Sept points de suture superficiels furent placés pour réunir les lambeaux cutanés et continuèrent ainsi le raphé médian du périnée ou mieux la fourchette vulvaire restaurée. Les trois points les plus antérieurs furent à peine serrés, car ils étaient passés dans le tissu peu résistant des petites lèvres.

Un léger pansement avec des bandelettes glycérinées fut placé sur les surfaces. Les cuisses et les jambes étaient demi-fléchies et fixées comme la première fois ; la malade prit une potion avec 5 gr. d'hydrate de chloral, et fut sondée régulièrement les deux premiers jours.

9 octobre 1874. On retire les trois premiers points de suture superficiels les plus antérieurs.

Le 10. Léger œdème, un peu de suppuration, écoulement sanguin, durant les tentatives d'écartement. M. Trélat enlève quatre points de suture superficiels. Etat général très-satisfaisant ; pas de selle depuis la veille de l'opération. On continue l'usage de pilules d'opium, 0,10 centig.

Le 12. M. Trélat retire les trois points de suture enchevillée ainsi que les points intra-vaginaux ; la cicatrisation paraît s'être effectuée.

Le 19. Une goutelette de pus s'écoule à la pression par les points où pénétraient les points de suture enchevillée. On reconnaît que le périnée est reconstitué complètement, qu'il n'y a pas de fistule recto-vaginale, mais simplement un petit trajet a 1 centimètre environ de la nouvelle fourchette, trajet qui s'ouvre dans le vagin et permet le passage d'un stylet de trousse. Il est cautérisé par le nitrate d'argent. La malade se lève.

Le 26. Le trajet est bien plus étroit et paraît être oblitéré profondément. La malade est guérie. Le périnée a maintenant 4 centimètres et demi de haut, il est solide, résistant et d'aspect normal ; il se termine en haut par une fourchette vulvaire très-régulière. L'état général est excellent, car la malade peut maintenant se nourrir comme tout le monde, elle retient ses matières fécales, et elle voit la fin des consciencieux efforts qu'elle a faits pour permettre d'obtenir sa guérison.

RÉSUMÉ.

En terminant cette longue observation, il ne nous reste plus

qu'à mettre en relief quelques particularités intéressantes. Nous ne parlerons plus des difficultés pour obtenir la constipation, des complications peu graves d'ailleurs survenues du côté de l'abdomen : tympanisme extrême, douleur violente de l'hypogastre, cystite aiguë.

Pour ce qui a rapport à l'opération, nous insisterons seulement sur l'utilité de ces sutures profondes enchevillées de Roux, si heureusement placées par M. Trélat, grâce à l'emploi des longues aiguilles qui permirent d'agir à distance pour contenir fortement au début les surfaces avivées. Nous rappellerons, en outre, cette manœuvre par laquelle M. Trélat a attiré en dehors et en bas la partie rectale de la cloison recto-vaginale, temps de l'opération auquel il a dû une guérison sans formation de fistule recto-vaginale.

De plus, nous ferons remarquer de quelle importance il y a de bien juger de l'opportunité pour l'ablation des fils. Que si, dans ce cas, l'absence de réunion complète a nécessité un retard dans l'ablation des anses de sutures enchevillées, si ce retard a entraîné la formation de trajets fistuleux et d'eschares longitudinales profondes; ces accidents ont été combattus très-utilement par l'immobilisation des parties, le rapprochement des fesses et une grande surveillance au moment des garde-robes.

En somme, cette opération de périnéorrhaphie a obtenu un plein succès, puisque non-seulement le périnée a été habilement reconstitué, que, de plus, la malade a été délivrée complètement d'une grave infirmité : l'incontinence des matières fécales; qu'enfin la santé générale a subi une heureuse et complète modification caractérisée par un embonpoint modéré qui n'existait plus depuis longtemps et un aspect de fraîcheur et de satisfaction très-marqué. (15 février 1875.)

LA FIÈVRE PUERPÉRALE N'EXISTE PAS,

Par le Dr Siredey,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

> Les accidents observés chez les femmes en couches ne sont pas d'un ordre spécial, sans analogues dans la pathologie; ils sont nettement expliqués par des lois applicables à d'autres affections non puerpérales; *la fièvre puerpérale n'existe pas à titre de maladie distincte, délimitée et essentielle.*
>
> BÉHIER. *Lettres à Trousseau sur la maladie dite fièvre puerpérale* (1858).

De tout temps les médecins ont été vivement frappés de la gravité des accidents auxquels sont exposées les femmes en couches surtout dans les premiers jours qui suivent la délivrance. Ces accidents quelquefois isolés se présentent en d'autres circonstances avec une fréquence telle qu'un grand nombre des femmes réunies dans la même salle ou dans le même hôpital sont atteintes.

Toujours plus grave à l'état épidémique qu'à l'état sporadique, la maladie frappe indistinctement les constitutions les plus robustes comme les plus délicates, les femmes déjà mères comme les primipares, celles dont le travail a suivi la marche la plus régulière et la plus simple, comme celles dont la délivrance a a été le plus difficile. Une fois déchaînée, elle ne respecte aucun âge, et trop souvent elle fait autant de victimes que de malades. Tout cela est bien connu.

Il n'entre point dans notre intention de faire une histoire complète de ces épidémies si meurtrières, ni de rappeler les théories auxquelles elles ont donné lieu. Nous nous bornerons à une énumération rapide des lésions trouvées à l'autopsie, et nous espérons, en nous appuyant sur l'anatomie pathologique et les phénomènes cliniques, non-seulement justifier la proposition du professeur Béhier, c'est-à-dire que *la fièvre puerpérale n'existe pas à titre de maladie distincte, définitive et essentielle*, mais

encore établir qu'on a confondu, sous cette dénomination vague, des affections différentes, ayant une symptomatologie propre, une marche spéciale, un pronostic variable et dont il est possible de faire le diagnostic différentiel.

La première chose qui frappe, c'est l'infinie variété des lésions que révèlent les autopsies. Ici, on constate une péritonite purulente généralisée, là, une métro-péritonite, ailleurs une métrite gangréneuse avec ou sans inflammation et suppuration des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques; ailleurs, encore du pus dans l'épaisseur des ligaments larges, fusant dans les fosses iliaques, dans les flancs et quelquefois jusqu'au diaphragme. Souvent même, entre ces lésions, il en existe en dehors du bassin, et l'on trouve des abcès dans les principaux viscères, des arthrites, des pleurésies, des péricardites et des méningites purulentes.

La diversité, l'incohérence de ces observations expliquent la confusion qui a régné, et qui règne encore sur cette question. En effet, tandis que certains auteurs rapportaient toutes ces altérations à une pyrexie essentielle, d'autres localisaient la maladie et considéraient comme affection fondamentale celle qu'ils avaient le plus fréquemment observée. Nous voyons ainsi, tantôt la métrite (Danyau), tantôt la péritonite (Beau), ou bien l'angioleucite (Tonnellé, Nonat, Cruveilhier, Voillemier, etc.) ou la phlébite (Dance, Béhier), occuper le premier rang. Mais il est rare de rencontrer une seule de ces lésions, presque toujours il en existe plusieurs à la fois chez le même sujet.

Alors la difficulté augmente, car il s'agit de déterminer la lésion primitive, celle qui est véritablement pathogénique. Parmi les localisateurs, l'accord ne peut donc avoir lieu, parce que, dans la pensée que les femmes en couches sont victimes d'une seule et même affection, ils ne peuvent admettre qu'elle soit nécessairement une péritonite, quand, à l'autopsie, d'autres rencontrent une phlébite ou bien une lymphangite.

Aussi leurs adversaires, c'est-à-dire les essentialistes, objectent-ils, non sans une apparence de raison, que la maladie qui décime les femmes en couches ne peut être désignée sous le

nom d'une des lésions qu'elle détermine, puisque celles-ci varient selon les cas, selon les épidémies, et qu'elles peuvent même manquer, ainsi qu'en témoignent des observations.

Ce dernier point cependant nous paraît contestable, et nous ferons remarquer, tout d'abord, l'extrême rareté des autopsies négatives sur lesquelles s'appuient les essentialistes pour admettre la fièvre puerpérale sans lésion, puisque les orateurs, qui ont défendu cette opinion à la discussion académique de 1858, n'ont guère pu invoquer que les trois observations rapportées dans la thèse de notre excellent ami Tarnier. Or, nous croyons que ces trois faits sont discutables.

Dans le premier cas, la malade nous semble avoir présenté des symptômes caractéristiques de péritonite, et si à l'autopsie on passe en revue tous les viscères, il n'est pas dit un mot du péritoine.

Quant au second, le professeur Béhier, dans ses lettres à Trousseau, a judicieusement fait remarquer l'insuffisance des détails relativement aux recherches du pus dans les vaisseaux utérins. D'autre part, il est question d'*un détritus noirâtre tapissant la face interne de l'utérus*, qui n'indique certainement pas un état d'intégrité absolue de cet organe, et plus d'un médecin verra dans ce détritus l'indice au moins d'une métrite gangréneuse.

Relativement à la troisième observation, il s'agit d'une femme qui succombe dix jours après son accouchement, ayant présenté des symptômes adynamiques, *un véritable état typhoïde*, et chez laquelle *la face interne de l'utérus est fétide et d'un gris noirâtre*, qui n'est peut-être pas sans analogie avec l'observation précédente. En outre, à propos de l'intestin, l'auteur se borne à dire qu'*il est sain*. Or, dans une question d'une importance si grande, il n'eût pas été inutile d'indiquer si le tube digestif a été ouvert et si la dernière partie de l'intestin grêle a été examinée. (Voyez thèse de Tarnier 1857, p. 41 à 47.)

Je ferai une objection analogue à l'observation VI de mon ancien collègue et ami Témoin (1), qu'il donne comme un

(1) Thèse de Paris, 1860, p. 62.

exemple de fièvre puerpérale sans lésion. La malade qui en fait le sujet est accouchée le 3 avril. Le lendemain, elle présente un *état général mauvais* pour lequel on l'a fait passer à l'infirmerie.

On la perd de vue jusqu'au 9 avril. On la retrouve alors avec un état typhoïde assez prononcé, et on ne signale aucune altération locale.

Mais, le lendemain, elle présente *une plaque rouge de 3 centimètres de diamètre en arrière de la cuisse au tiers inférieur. On sent une petite induration, comme noueuse, extrêmement douloureuse.*

Le 11, la respiration s'embarrasse, la face devient violette, et la malade succombe.

Or, à l'autopsie, il n'est pas question de cette nodosité qui était à la face postérieure de la cuisse, et qui était peut-être une phlébite suppurée.

Je ne puis résister au désir de faire connaître aussi un exemple analogue et inédit de fièvre puerpérale essentielle.

C'était pendant mon internat, en 1859. Un de mes collègues raconte à la salle de garde qu'il vient de faire l'autopsie d'une femme récemment accouchée, et que l'examen le plus attentif, les recherches les plus minutieuses n'ont fait rencontrer aucune lésion. Je proteste aussitôt contre cette affirmation, et je demande à voir les pièces anatomiques. Tous les internes de l'hôpital se rendent à l'amphithéâtre, mes collègues Brouardel, Bosia, Lefeuvre se le rappellent encore. J'ouvre de nouveau le cadavre. Il n'existe pas de péritonite; l'utérus est divisé en tranches minces, innombrables, non entièrement détachées les unes des autres; je complète les incisions, j'examine, je comprime avec les doigts, il ne s'échappe pas une goutte de pus des vaisseaux; l'utérus, il faut bien en convenir, est absolument sain, ainsi que les annexes.

Mais les ganglions mésentériques sont hypertrophiés, l'intestin est distendu par des gaz; il n'a pas été ouvert; je l'incise, et sous les yeux de mon collègue radieux tout à l'heure j'étale les plus belles plaques de Peyer ulcérées que l'on puisse voir.

Sans la contre-épreuve, ce cas serait peut-être publié comme un exemple de fièvre puerpérale essentielle.

Une remarque curieuse aussi et qui a déjà été faite, c'est que les trois observations de la thèse de Tarnier n'ont pas été recueillies par lui. Il les doit à l'obligeance de collègues qui étaient attachés depuis quatre ou cinq semaines ou seulement depuis quelques jours à des services d'accouchements. Or, sans vouloir offenser en aucune façon ces anciens camarades d'internat, devenus aujourd'hui des praticiens éminents, ne peut-on pas se demander s'ils étaient alors assez familiarisés avec le genre de recherches qu'ils poursuivaient pour ne laisser échapper aucune lésion ?

« L'un de ces observateurs, dit M. Gallard, était notre camarade d'internat, M. Moysant ; je le priai de me faire assister à une de ces autopsies extraordinaires, et il s'y prêta de fort bonne grâce, car, suivant lui, elles étaient communes dans le service auquel il était attaché. Un jour donc, je fus prévenu par lui et devant moi il examina tous les organes d'une femme morte de suites de couches, en me faisant remarquer que l'utérus incisé en différents sens ne contenait pas une seule goutte de pus. Cette constatation une fois faite et après avoir bien étudié que cette autopsie était en tous points semblable à celle dont il avait donné la relation à M. Tarnier, je repris les organes génitaux qui avaient été jugés sains, et en quelques coups de scalpel je découvris à la base des ligaments larges, au niveau de la réunion du col avec le corps de l'utérus deux veines remplies de pus. » (1)

On le voit donc, non-seulement les observations sont excessivement rares, mais encore toutes pèchent par l'insuffisance des détails et le manque de précision. Aucune d'elles ne présente les caractères d'une étude complète et d'un examen rigoureux, pouvant résister à la critique, et trancher victorieusement la question de l'essentialité de la fièvre puerpérale.

En tout cas, Tarnier, dont le travail remarquable a eu un retentissement si grand à la tribune académique et dans la presse, l'un des élèves alors, et aujourd'hui l'un des maîtres les plus éminents de la Maternité, partisan convaincu de la fièvre

(1) T. Gallard. *Discours prononcé à la Société médicale des hopitaux le 11 février 1870.*

puerpérale, dans les nombreuses autopsies qu'il a faites, soit comme interne à la Maternité, soit comme chef de clinique de P. Dubois, Tarnier, dis-je, n'a jamais pu rencontrer un seul cas où il n'ait trouvé des lésions. Il en est de même de Lorain et de Charrier, élèves de la même école. Sur 46 ouvertures pratiquées par ce dernier, 46 fois il trouva des altérations anatomiques. Dans les 85 autopsies qui servent de base à ses lettres à Trousseau sur la fièvre puerpérale, le professeur Béhier a constaté 85 fois des lésions. Enfin sur 34 femmes que j'ai ouvertes à Lariboisière pendant l'épidémie de 1858, et chez toutes celles dont j'ai fait l'autopsie depuis trois ans que j'ai la direction dans ce même hôpital d'un service où il se fait environ 900 accouchements par an, toujours, sans une seule exception, toujours j'ai rencontré une inflammation de l'utérus, de ses vaisseaux ou du péritoine.

De ce qui précède il résulte donc que l'on ne peut admettre la fièvre puerpérale comme maladie *essentielle*.

Néanmoins la dénomination de *fièvre puerpérale* est conservée, et sans quitter le terrain de l'anatomie pathologique, ses défenseurs ont apporté des arguments différents pour la maintenir. Ils reconnaissent qu'à l'autopsie des nouvelles accouchées on rencontre des lésions inflammatoires, multiples, non-seulement dans l'utérus et ses annexes, mais encore dans beaucoup d'autres organes. Seulement, disent-ils, ces altérations anatomiques sont secondaires ; elles ne sont que les effets d'une cause générale qui, à l'exemple des pyrexies, frappe l'organisme tout entier et détermine les lésions constatées à l'autopsie. Ainsi, attachant une influence capitale aux conditions étiologiques spéciales, au milieu desquelles se déclarent les épidémies, tenant compte surtout de leur marche envahissante, de la facilité de leur propagation et de leur gravité, ils ne voient plus qu'une affection générale, c'est-à-dire la *fièvre puerpérale*.

En rapprochant ainsi les épidémies sévissant sur les femmes en couches des pyrexies infectieuses, ils croyaient avoir trouvé la solution de cette question difficile.

Pour eux, dès lors, la multiplicité et la diversité des lésions ne constituent plus d'obstacle relativement à la dénomination

de la maladie. Les dissidences des anatomo-pathologistes ne forment plus que des questions d'un ordre tout à fait secondaire.

Au-dessus de la lésion, et la dominant tout entière, plane la fièvre puerpérale. Peu importe que son action porte sur l'utérus, le péritoine, les veines ou les lymphatiques. Il suffit de connaître les conditions étiologiques de la maladie, pour être édifié sur sa nature. C'est là le point capital.

Ainsi envisagée, la fièvre puerpérale a été acceptée par les médecins du plus grand nom. A la mémorable discussion de 1858, Depaul, P. Dubois, Danyau, s'appuyant sur leur expérience personnelle et les travaux de leurs élèves, Charrier, Lorain et Tarnier, etc., se constituèrent ses défenseurs. On y vit aussi Trousseau, qui après avoir au début de son discours mis son existence en doute, finit par l'admettre, non-seulement chez la femme, mais encore chez le nouveau-né et même chez l'homme blessé, pourvu qu'il fût à proximité d'un service d'accouchements !

Or, malgré notre respect pour l'autorité des auteurs que nous venons de citer, nous ne pouvons partager leur opinion, et nous pensons qu'en conservant la dénomination de fièvre puerpérale on perpétue une erreur et on entretient la confusion et l'obscurité sur une question qu'il est de la plus haute importance d'élucider.

Cette dénomination nous paraît fausse et contraire à toutes les lois de pathologie les plus élémentaires. Oui, nous connaissons des pyrexies, c'est-à-dire des affections générales, anatomiquement caractérisées par des lésions multiples. Mais si nous envisageons avec quelque attention ces pyrexies, nous reconnaissons aussitôt que toutes sont caractérisées par des lésions moins remarquables par leur multiplicité que par leur existence constante. Sans parler des altérations du sang spéciales à chaque affection, ne trouve-t-on pas toujours, dans la fièvre typhoïde par exemple, les mêmes altérations des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques, du foie, de la rate, etc. ? Dans la scarlatine n'existe-t-il pas l'angine pultacée, avec l'adénite sous-maxillaire et cervicale, et plus tard les manifesta-

tions inflammatoires des séreuses viscérales, articulaires ou tendineuses, la phlegmasie rénale, etc., etc.?

Dans la rougeole, ne voit-on pas toujours un catarrhe oculo-nasal s'étendre progressivement au pharynx et dans les voies aériennes?

Ainsi, dans toutes ces maladies générales, s'il existe des lésions multiples, elles sont identiques, constantes, et c'est précisément ces caractères qui servent à les spécifier. Mais dans la fièvre puerpérale en est-il de même? N'est-il pas établi, au contraire, de l'aveu même des essentialistes, que cette dénomination a été créée précisément parce que les lésions rencontrées à l'autopsie sont nombreuses, variables et inconstantes? Donc cette dénomination unique, destinée dans l'esprit de ses inventeurs à donner une idée plus juste et plus exacte des accidents auxquels succombent les femmes nouvellement accouchées, ne doit pas être conservée, puisqu'elle s'applique à des états pathologiques essentiellement différents, qui n'ont de commun que les conditions spéciales de leur développement. Sans doute, nous le reconnaissons avec tous les auteurs, il survient dans l'état puerpéral une série d'accidents inflammatoires de la plus haute gravité, ayant entre eux un lien commun, mais qui sont différents au point de vue anatomique et clinique.

Il s'agit maintenant de démontrer qu'à chaque lésion survenant chez les femmes en couches correspond une symptomatologie propre, permettant d'établir un diagnostic différentiel. Tel est le but de ce travail.

(A suivre).

DE LA LÉSION ET DE LA MALADIE

DANS LES AFFECTIONS CHRONIQUES

DU SYSTÈME UTÉRIN

Par le Dr Emile Tillot,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-Inspecteur des eaux minérales de Saint-Christau.

(4e et dernier article.) (1)

Avant d'arriver aux adversaires déclarés des diathèses, nous allons indiquer les opinions mixtes d'un certain nombre de médecins fort distingués, qui n'attachent qu'une valeur relative à l'influence de l'état général.

C'est parmi ces médecins qu'il faut d'abord placer un professeur étranger, dont les leçons cliniques sont très-estimées en Angleterre. Le Dr West n'admet pas, d'une façon absolue, les idées de ceux qui expliquent toutes les maladies utérines par des causes constitutionnelles. « A mesure que la science marche, dit « cet auteur, nous trouvons que des sympathies de plus en plus « grandes unissent, par des liens étroits la santé, de tout l'or« ganisme et celle de ses parties les plus diverses; mais l'uté« rus, plus que tout autre organe, est le siége de certaines for« mes de maladies locales qui exigent fréquemment l'emploi « d'un traitement topique...; il est sans doute naturel de sup« poser que l'accomplissement de fonctions qui sont expressé« ment dévolues à un organe ne doit pas engendrer, chez lui, « de maladie; mais n'oubliez pas qu'il existe dans l'utérus des « conditions spéciales qui rendent probable l'exception à une « pareille règle. » (2).

Le professeur Pajot nous paraît aussi devoir être placé dans la catégorie des médecins qui accordent à l'état général une certaine influence, mais en l'accompagnant de restrictions.

(1) Voir les numéros d'octobre et de décembre 1874 et de février 1875.

(2) Ch. West. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, traduction de Ch. Mauriac.

Voici, en effet, ce qu'écrit ce savant professeur à propos de l'analyse du beau traité du Dr Courty.

« En combattant MM. Pidoux et Tillot sur la question d'in« fluence des diathèses sur les maladies utérines, M. Courty a « été absolument dans le vrai en disant : On ne peut pas ad« mettre que, dans la majorité des circonstances, les lésions « utérines ne soient que des symptômes secondaires survenus « sous la dépendance de l'état général. » Il a ajouté très-sagement et très-justement : « La plupart du temps les diathèses « n'ont pas été la cause déterminante de la maladie; mais, une « fois la maladie née, elles l'entretiennent et, en réalité, lui « impriment sa nature. On ne guérirait pas la maladie, si on « ne les guérissait pas elles-mêmes. » (1)

Le Dr Charles Mauriac, dans les notes de sa traduction des *Leçons cliniques* du Dr West, traduction qu'il a enrichie d'additions très-précieuses, nous semble devoir être considéré comme un partisan très-modéré de l'influence des causes générales sur les affections utérines. En effet, après avoir cité textuellement les conclusions de notre thèse inaugurale : « Je suis le premier, « dit-il, à reconnaître ce qu'il y a de vrai dans ces propositions; « on se laisse, du reste, facilement séduire par ces grandes « généralités, qui font dépendre toute une série de troubles « fonctionnels et organiques d'une maladie constitutionnelle. « Mais, tout en admettant que les affections de l'utérus ont leur « cause première dans une manière d'être de l'organisme tout « entier, je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien, « dans la pratique, il est souvent difficile de caractériser cette « cause première et de lui assigner un nom. Ne voit-on pas, en « effet, chaque jour, un nombre immense de femmes affectées « d'utéropathies diverses, et chez lesquelles il est impossible de « découvrir aucune trace ancienne ou récente des diathèses « connues? Par contre, n'y a-t-il pas aussi des exemples sans « nombre de femmes manifestement diathésiques et chez les« quelles l'utérus n'a jamais souffert? L'obscurité, sur ce point « de pathogénie, est donc loin d'être dissipée. Je comprends et

(1) *Archives générales de médecine*, 1863.

« je partage, jusqu'à un certain point, les vues des générali-
« sateurs; mais, la part faite à ce sentiment instinctif qui nous
« pousse à rechercher les causes les plus générales et les plus
« profondes des maladies chroniques, j'aime à marcher sur le
« terrain solide d'une observation plus terre à terre, beaucoup
« plus positive et qui ne m'empêche nullement de saisir la
« grande indication constitutionnelle. » (1). Notre ami M. Mauriac est dans le vrai jusqu'à un certain point; il est quelquefois difficile de saisir le lien qui existe entre la diathèse et la lésion; il est parfois presque impossible de trouver la diathèse, surtout si l'on n'admet que très-difficilement l'influence de ces états constitutionnels, enfin, que la diathèse soit facile ou impossible à découvrir, cela n'empêche pas d'employer le traitement local avec la même vigueur qu'on eût mise à employer les deux sortes de traitements si on avait reconnu l'état constitutionnel, et l'importance que j'attache à l'état général ne m'empêche nullement de reconnaître l'importance des travaux sur les lésions de l'utérus et d'apprécier toute la valeur du traitement local qu'on leur oppose. Je considère ce que dit le Dr Mauriac comme très-applicable à la clinique nosocomiale, où le temps presse, où les malades sont nombreux, et où l'on n'a pas toujours la facilité de chercher l'état constitutionnel; seulement ces considérations-là se rencontrent moins dans la pratique civile, surtout pour le médecin de la famille, qui a souvent connu enfant la femme actuellement malade, qui l'a suivie jeune fille et mère, et peut même observer, dans ses descendants, les indices mieux accusés d'une diathèse dont il ne saisirait pas très-nettement les linéaments dans la lésion qu'il est appelé à traiter chez la mère.

Le Dr Gallard nous semble devoir être rangé dans la classe des partisans modérés de l'influence de l'état général. Ainsi, il repousse absolument la chlorose, comme nous l'avons vu plus haut, en rapportant les paroles que M. Gallard a placées dans ses si intéressantes leçons cliniques.

---

(1) Ch. West. *Leçons sur les maladies des femmes*, traduites par M. Ch. Mauriac. 1870, p. 146.

M. Gallard est moins opposé à l'intervention des diathèses, tout en faisant certaines restrictions : « On voit survenir, dans « la métrite chronique, diverses éruptions cutanées, érythème, « urticaire; nombre de pathologistes fort estimés renversant les « termes de la question, comme cela a déjà été fait pour la « chlorose, prétendent que, loin de provoquer le développement « des éruptions cutanées dont il s'agit, la métrite chronique ou « du moins l'un de ses symptômes, l'ulcération, ne serait autre « chose qu'une des nombreuses manifestations de l'herpétisme, « qui déterminent simultanément des éruptions de même na- « ture sur la peau et sur les muqueuses, notamment sur celle « de l'utérus; mais cette prétendue identité ne repose que sur « une similitude grossière (1).

« Ce n'est pas à dire que chez les malades affectés à la fois de « dartre et de métrite, l'influence diathésique qui a donné nais- « sance à la maladie n'exerce aucune action sur l'affection uté « rine. J'estime, au contraire, qu'elle joue un rôle important « dans la production de la métrite chronique et, par suite, de « l'ulcération du col de l'utérus, en tant que cause prédispo- « sante; je reconnais, en outre, qu'elle imprime à la marche « de la maladie un caractère plus rebelle à la guérison. Mais « ce que je conteste, c'est que les ulcérations développées sur « les utérus chroniquement enflammés de femmes affectées d'une « diathèse quelconque, présentent un aspect particulier qui, « d'après leur seule inspection, permette de reconnaître et de « diagnostiquer cette diathèse, qu'elle soit herpétique, scrofu- « leuse, ou autre. Quant à la diathèse herpétique, son influence « n'est pas douteuse, et l'on ne saurait nier que, parmi les fem- « mes affectées de maladies de peau, le nombre des cas de mé- « trite est proportionnellement plus considérable que parmi « les autres. Aussi, quoique je vous aie démontré qu'il n'y a « pas lieu d'assimiler les lésions de la muqueuse utérine aux « lésions cutanées, quoiqu'il n'existe ni acné, ni herpès, ni ec- « zéma, ni impétigo du col de l'utérus ; il n'en est pas moins « établi que l'ulcération du col accompagne fort souvent ces

(1) Gallard. *Leçons cliniques sur les mal. des femmes*, p. 371.

« diverses affections, surtout l'eczéma et l'impétigo, à ce point « que l'on peut parfaitement être autorisé à penser que la ma- « ladie utérine, qui a donné lieu à l'ulcération, et la maladie de « la peau relèvent de la même cause générale et doivent être « modifiées ensemble, sous l'influence du même traitement »(1). Mais, dans le chapitre Étiologie, M. Gallard ne parle nullement de la scrofule et de la goutte.

L'habile annotateur de l'ouvrage de Churchill, sur les maladies des femmes, le Dr Leblond partage tout à fait les idées du Dr Gallard sur les diathèses : « Sans nier que les diathèses herpé- « tique, scorbutique ou scrofuleuse puissent avoir une influence « sur le développement plus fréquent et sur la marche des ulcé- « rations du col, nous ne pouvons admettre les différences qu'on « a voulu leur assigner et qui permettent de les distinguer l'une « de l'autre par le simple examen de la partie ulcérée. » (1)

ARTICLE IV.— *Adversaires de l'influence de l'état général.*

C'est surtout parmi les auteurs de traités spéciaux, déjà anciens, à l'exception de celui de Scanzoni, que nous trouvons le plus d'opposants à l'idée que nous defendons ici.

Aran (2) nie complètement l'hérédité et l'influence des diathèses, sauf de la tuberculeuse, qui, par l'affaiblissement qu'elle entraîne, joue le rôle d'une cause prédisposante. « Les deux « tiers des femmes qui présentent cette inflammation péri- « utérine sous la forme chronique sont des tuberculeuses. » Mais, en revanche, cet auteur repousse tout à fait l'influence des autres diathèses; voici ce qu'il dit : « D'après quelques mé- « decins, la diathèse herpétique exercerait une action très-im- « portante sur la production des maladies de l'utérus et de son « système, et, par suite, on a décrit des ulcérations herpétiques « du col utérin, des catarrhes utérins herpétiques. Si les parti- « sans de cette doctrine veulent dire que, dans un certain nom

(1) *Traité pratique des maladies des femmes*, par F. Churchill, traduit par les Drs Wieland et Dubrisay, 2e éd., annotée par le Dr Leblond, 1874.

(2) Aran. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, recueillies par le Dr Gauchet, p. 716.

« bre de cas, les maladies de la peau et, en particulier, les af-
« fections eczémateuses peuvent se propager de l'extérieur à
« l'intérieur, la chose est certaine, quoique beaucoup plus rare
« qu'ils ne le disent; mais s'ils entendent par là le développe-
« ment d'emblée d'une affection utérine, sous l'influence de la
« diathèse herpétique, de la même manière que cette diathèse
« pourrait avancer l'explosion d'une affection cutanée, s'ils ad-
« mettent une espèce d'alternance ou de balancement entre les
« manifestations qui se produisent vers la peau et celles qui
« ont lieu vers l'utérus; il m'est impossible de ne pas faire re-
« marquer que les faits qui ont été rapportés par les partisans
« de l'herpétisme sont fort peu concluants. » (1).

Le Dr Fleury (2) rapporte cette citation d'Aran et s'associe complètement aux idées exprimées par son confrère, au sujet du peu d'influence des diathèses sur les affections de l'utérus, cependant il avoue qu'elles se développent surtout chez les femmes lymphatiques, débiles et nerveuses.

Becquerel repousse toute idée de diathèse, et ne reconnaît les diathèses, quand elles existent, que comme de simples coïncidences : « Oui, les femmes, les jeunes filles, atteintes de la maladie scrofuleuse, peuvent présenter de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée. Mais il y a loin de ces deux troubles fonctionnels aux maladies proprement dites de l'utérus; où sont, du reste, les faits qu'on invoque pour admettre une semblable proposition? Les femmes de constitution faible, de tempérament lymphatique, y sont seulement un peu plus sujettes (aux maladies de matrice) que les autres. » (3)

Le Dr Churchill considère aussi la chlorose comme un effet des affections de l'utérus et ne parle pas du tout de diathèses dans le chapitre des causes prédisposantes, cependant il dit qu'il est absolument nécessaire d'étudier les effets des maladies générales sur les affections utérines. Il faut en effet « se mettre en garde contre une tendance dangereuse, celle de con-

---

(1) Aran. *Loc. cit.*
(2) Fleury. *Traité d'hydrothérapie.*
(3) Becquerel. *Loc. cit.*

sidérer ces affections comme purement locales, » mais il n'énumère à ce propos que d'autres affections chroniques, « telles que des maladies chroniques de l'estomac, du foie et des intestins. » (1)

On ne trouve aucune mention de diathèses à l'article *Affections de l'utérus* du *Traité de chirurgie* du Dr Fano.

M. Nonat, l'auteur d'un ouvrage sur les maladies dont nous nous occupons, partage en général les idées de Becquerel; il incline cependant pour l'hérédité, et reconnaît quelque influence à la chlorose : « C'est, dit-il, une compagne assez habituelle de la métrite chronique, mais elle n'en est pas toujours la conséquence; dans bien des cas, l'appauvrissement du sang se montre antérieurement à la phlegmasie utérine. » (2)

Valleix, dans son estimable *Guide du médecin praticien*, ne parle pas des diathèses à l'article *Métrite chronique*, et se contente de dire que l'étude des causes prédisposantes aux affections de l'utérus est en général insuffisante (3.

Les adversaires déclarés de l'influence de l'état général sont, comme on le voit, bien moins nombreux que les médecins disposés à lui rattacher le développement des affections chroniques de la matrice, et nous pensons que de nouvelles études, en permettant de distinguer les différentes lésions de l'utérus les unes des autres, suivant la nature des maladies, permettront peut-être au groupe des généralisateurs, de recruter de nouveaux adhérents et de se grossir encore dans un avenir prochain.

---

(1) Fletwood Churchill. *Traité pratique des maladies des femmes*, traduit par les Drs Wieland et Dubrisay, 2e édition, annotée par le Dr A. Leblond.

(2) A. Nonat. *Traité pratique des maladies de l'utérus*.

(3) Ceci ne s'applique qu'aux éditions publiées par Valleix lui-même, car dans les éditions dues aux soins de MM. Racle et Lorain, l'influence des diathèses est bien mise en lumière et les savants éditeurs de l'ouvrage de Valleix nous ont même fait l'honneur de citer notre dissertation inaugurale à l'art. *Granulations de l'utérus*.

CHAPITRE III.

Article Ier. — *Considérations anatomiques et physiologiques sur l'utérus.*

Après avoir interrogé la nature, qui nous a donné la raison de la chronicité des affections de l'utérus, nous allons tâcher de démontrer à quelles causes, suivant nous, on doit attribuer leur fréquence.

L'utérus est un organe transitoire ; sa vie dure trente ans environ. Rudimentaire jusqu'à la puberté, il s'atrophie dans la vieillesse après avoir passé par deux phases successives. Dans la première, période de repos, il est dans l'inactivité la plus complète, son existence n'est en quelque sorte révélée que par la présence du col, qui est aussi le plus souvent la seule partie souffrante de l'organe. Dans la deuxième période, celle d'activité ou d'évolution, il est appelé à remplir deux fonctions nouvelles : la menstruation et souvent celle de la gestation. Enfin, à cette période toute d'exubérance, succède le calme le plus complet, l'organe reprend presque le volume qu'il avait dans l'enfance.

On le voit, l'existence active, fonctionnelle, de l'utérus, est toute passagère. Il n'y a pas dans l'économie d'organe analogue. Aussi peut-on dire avec M. Pidoux qu'il se greffe sur l'organisme à la manière d'un parasite, et ses souffrances, pendant sa période d'action, sont d'autant plus vives que son existence est plus précaire. Terrible loi qui veut que l'activité pathologique d'un organe soit d'autant plus intense qu'il dure moins. Il partage ce triste privilége avec tous les tissus accidentels, les organes transitoires, tels que les ovaires et les mamelles.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'utérus, envisagé au point de vue physiologique, c'est que chacune de ses fonctions les plus naturelles touche presque à la pathologie; menstruation, grossesse, accouchement, ne sont que des imminences morbides. Quelle influence ont alors les moindres causes pour altérer un organe déjà ébranlé.

Je vais maintenant revenir avec quelques détails sur les deux

principales périodes de la vie de l'utérus, celle de l'éveil et celle du sommeil définitif ou ménopause.

De la puberté. — La puberté est caractérisée d'une façon très-nette et souvent orageuse. Jusque-là la vie végétative avait fait tous les frais de l'accroissement de l'individu, maintenant la vie de relation vient y prendre sa part. Les nouveaux instincts qui s'éveillent chez la femme, les troubles intimes de son être moral, ne sont que la traduction du changement organique qui s'accomplit dans les profondeurs de son être physique. Endormie enfant, elle se réveille jeune fille; car c'est à cette période que la nature semble avoir voulu marquer d'une manière éclatante les différences de la sexualité ; mais la transformation est surtout manifeste pour la femme. Que l'on compare, en effet, le travail qui s'accomplit dans l'organisation de celle-ci, travail où l'exubérance du fond dépasse encore celle de la forme ; que l'on compare ce travail de métamorphose à celui dont le corps de l'homme est le théâtre, y a-t-il rien d'analogue pour le jeune homme, qui, quoique pubère, conserve encore longtemps une apparence enfantine, avec la jeune fille, qui voit se révéler en elle les premiers indices de ses fonctions d'espèce?

Du reste, cette transformation ne s'accomplit pas chez la femme seulement par une agitation morale indéfinissable, par des sensations pleines de vague et d'inconnu, mais encore par une souffrance physique à laquelle participe l'organisme entier.

« En effet, dit M. Pidoux, l'utérus n'est pas la cause des changements généraux qui, à dater de la puberté, caractérisent la femme, il en est le centre. Il n'est pas davantage le terme ou l'effet des changements opérés dans l'ensemble de l'organisme, il en est l'organe représentatif et la plus haute puissance ; car toute fonction, tout appareil, ont leurs éléments et leurs propriétés répandus dans toute l'économie, et leur représentation éminente, leur force particulière, ramassées dans une région particulière. Dans la formation de la puberté, les trois centres organiques de la reproduction, l'utérus, les ovaires, les mamelles, et avec eux tous les éléments généraux et toutes les

propriétés vitales de reproduction, ont évolué simultanément et en vertu d'une sympathie réciproque. » (1).

Nous avons tenu à reproduire ce passage tout entier, parce qu'il peint, infiniment mieux que nous ne pourrions le faire, la double réaction de l'utérus sur l'économie et de l'économie sur l'utérus, et parce qu'il résume d'une manière très-nette la doctrine du vitalisme organique, dont M. Pidoux est un des représentants les plus distingués. C'est, pour en revenir maintenant à l'utérus, dans cette synergie fonctionnelle qui rattache un organe aux autres organes, dans ce *consensus organique*, que nous trouverons l'explication des phénomènes morbides dont l'utérus peut devenir le siége. Nous avons dit plus haut que chaque fonction de l'utérus touchait à la maladie, était une imminence morbide, et voici comment se fondant sur le consensus organique, M. Pidoux explique le développement de la chlorose.

« L'appareil génital a sur les fonctions digestives et hématosiques de la femme une puissante et toute spéciale influence. Lorsqu'à l'époque de la puberté, la vie de l'appareil de reproduction de l'espèce reste concentrée en lui et n'étend pas son influence sur la vie de conservation individuelle, celle-ci tombe dans une langueur et une inertie toutes particulières, qui sont une des mille formes de l'hystéricisme...; le cœur et les vaisseaux se prennent d'un éréthisme violent et s'agitent comme tout organe dans l'inanition... Voilà la chlorose. Il n'y a pas là de maladie dans le sens ordinairement attaché à ce mot par les nosologistes, c'est-à-dire qu'il n'y a pas un vice morbide déterminé, plus ou moins nettement individualisé dans l'économie, et la preuve, c'est que la femme la plus saine peut contracter cet état morbide sous l'influence d'une perte de sang, d'un simple affaiblissement du système utérin. C'est un défaut d'équilibre entre les deux systèmes, dont l'harmonie parfaite constitue la force et la santé de la femme. » (2)

---

(1) Pidoux. *Lettres sur la fièvre puerpérale*; Paris, 1854.

(2) Pidoux. *Les Vrais principes de la matière médicale et de la thérapeutique*, 1853.

Nous parlerons un peu plus loin de la chlorose symptomatique, que M. Pidoux appelle la fausse chlorose, et qui joue, d'après nous, un grand rôle dans l'étiologie des affections utérines.

Dans l'exercice d'une autre fonction, la gestation, l'utérus n'est pas plus influencé seul que lors de la première menstruation ; « toute l'économie, dit M. Pidoux, a conçu pour l'utérus et avec lui. »

Ménopause. — Avant d'arriver à la dernière phase de son existence fonctionnelle, avant que l'équilibre organique se rompe entièrement, l'utérus hésite, oscille, en quelque sorte, au moment d'entrer dans le sommeil du repos ; d'un autre côté, jusqu'à ce que l'économie se soit habituée à la perte de la fonction utérine, elle hésite à son tour, accusant ses hésitations par les troubles fonctionnels les plus variés. Et comme on voit, au moment de la puberté, ou pendant la grossesse, se montrer d'une manière irrécusable les sympathies si bizarres de l'utérus (hystérie, nausées, vomissements, etc.), de même, à la ménopause, se manifestent des phénomènes morbides où les diathèses interviennent toujours : sueurs partielles ou généralisées, bouffées de chaleur au visage. C'est ainsi que la matrice devient le siége d'hémorrhagies ou de flux de toutes sortes, que des affections cutanées presque oubliées reparaissent à fleur d'organisme, après être apparues une première fois à la dentition, une autre fois à la puberté, en un mot aux principales époques critiques de la vie.

Au moment de la ménopause « les affections cutanées suivent « une marche toute spéciale, les eczémas sont chroniques, mais « avec de fréquents retours à l'état aigu. Les métrorrhagies « de cette époque sont souvent effrayantes par leur intensité « et la fréquence de leur retour, cependant ces hémorrhagies « paraissent plutôt favorables que nuisibles. » (1)

On peut donc dire que chaque fois que la matrice change d'état, elle trouble l'harmonie de la machine humaine.

D'un autre côté, elle traduit d'une façon surprenante les

(1) Neucourt. *Maladies chroniques*, p. 348.

moindres variations des actes de l'économie. Une émotion vive arrête les règles ou les fait couler à flots; l'immersion d'une partie du corps dans l'eau froide produit le même effet, et chaque fois que l'organisme souffre, l'utérus se charge de l'exprimer, de telle sorte qu'il est, on peut le dire, le thermomètre de la santé chez la femme. Nous n'avons pas besoin, à l'appui de ce que nous disons, de rappeler l'aménorrhée ou la dysménorrhée des chlorotiques, l'aménorrhée persistante des phthisiques.

On connaît l'influence de l'alimentation sur la quantité des règles. M. Bouchardat (1), dans sa thèse, rapporte, sur la foi de M. Meersmann (fièvre de famine) et de M. David (thèse de 1815), que chez les femmes, en temps de famine, les règles se suppriment entièrement ou coulent d'une manière insolite; c'est-à-dire que l'anémie joue un grand rôle vis-à-vis de la fonction menstruelle; nous avons déjà vu ce fait à propos de la chlorose, qui n'est qu'une variété d'anémie.

On voit avec quelle facilité l'utérus, à l'état physiologique, traduit les moindres dérangements de l'organisme; c'est ce qui explique pourquoi les anciens considéraient la matrice comme la sentine de l'économie, le déversoir de toutes les humeurs peccantes du corps; c'est pourquoi M. Pidoux le regarde comme le bouc émissaire de l'organisme.

Mais, si l'utérus est ainsi prédisposé à avoir ses fonctions altérées sous la moindre influence, on conçoit que les occasions de maladie sont bien fréquentes pour lui, et c'est un fait constant. La matrice est exposée et prédisposée à mille troubles; ces désordres peuvent se répéter souvent chez elle, mais cette rupture de l'équilibre ne devrait pas durer. La maladie aiguë, l'inflammation du moment, le catarrhe aigu, nous le comprenons; nous voyons tant de choses intéressées à faire peser sur l'utérus une partie de la responsabilité du corps humain. Mais pourquoi cette chronicité si fatale dans la plupart des maladies qui l'atteignent? C'est un fait, et M. Aran l'a proclamé dans ses leçons cliniques. Les localisateurs expliquent ce fait par les conditions anatomiques de l'organe, la répétition des causes

(1) *De l'Alimentation insuffisante*, thèse de concours, 1852.

morbides, etc. Nous discuterons plus bas la valeur de ces arguments ; contentons-nous de dire, pour le moment, qu'il faut en chercher la raison dans la cause qui préside à la chronicité de toute affection, c'est-à-dire dans la constitution vicieuse de l'organisme, constitution héréditaire ou acquise.

La fréquence de la dysménorrhée nous avait fait d'abord attacher une grande importance à ce phénomène, et nous croyions qu'une femme était en quelque sorte marquée d'un mauvais cachet, quant à son utérus, lorsqu'elle avait eu une dysménorrhée prolongée ; cette idée avait du reste préoccupé Lisfranc, comme on peut le voir dans sa Clinique. « Dans la dysménorrhée, il faut toucher : 1° parce qu'il peut y avoir maladie de l'utérus ; 2° parce que si un organe, quel qu'il soit, est soumis pendant un plus ou moins grand nombre d'années, tous les mois environ, à une congestion sanguine fort douloureuse, il est difficile que tôt ou tard il ne s'enflamme pas et ne s'engorge pas. » (1)

Mais l'importance que nous accordions à la dysménorrhée a dû tomber devant les faits ; c'est un symptôme qui peut tenir à trop de causes pour pouvoir entrer en ligne de compte. D'ailleurs la dysménorrhée et même l'aménorrhée sont aussi communes à la campagne qu'à la ville, dit M. Munaret, ce qui tient à des raisons contraires. Chez une demoiselle, c'est « la vie sédentaire, l'étroite atmosphère d'un salon, les caprices d'un système nerveux qui fut trop choyé ; chez la jeune villageoise, trop de fatigues, le grand air et ses variations, la nourriture. » (2)

Pour résumer d'une manière très-succincte le mode d'action des différentes diathèses sur l'utérus, M. Pidoux a imaginé une théorie très-intéressante, et dont nous allons dire quelques mots ici.

De la dysmétrie. Il y a dans l'économie un viscère que l'on peut rapprocher de l'utérus, c'est l'estomac, qui est le centre de la vie de conservation. Quand l'estomac fonctionne mal.

---

(1) Lisfranc. *Leçons cliniques*, t. III.

(2) Munaret. *Le Médecin des villes et des campagnes*.

qu'il y ait douleurs, éructations ou ballonnement, etc., on dit que l'estomac est affecté de dyspepsie.

Cette dyspepsie n'est ni une inflammation, ni une ulcération, ni une névralgie; elle peut être tout cela à la fois, ou bien ne contenir qu'un seul de ces éléments; mais c'est avant tout une dyspepsie, c'est-à-dire une perversion du sens gastrique, et de cette aberration de sensibilité fonctionnelle découle tout le cortége des affections de l'estomac.

Cette définition de la dyspepsie ne nous conduit-elle pas insensiblement à celle de la dysmétrie, nom nouveau sous lequel M. Pidoux englobe toutes les lésions, toutes les altérations fonctionnelles de l'utérus.

Vous trouvez, au toucher, de l'engorgement, une déviation; au spéculum, vous constatez une érosion, une granulation, un catarrhe, etc. : il y a là de la dysmétrie sous jeu.

C'est la dysmétrie qui domine toutes les lésions de l'utérus, c'est elle qui les entretient, qui les anime, et c'est à cette aberration de sensibilité organique de l'utérus qu'il faut attribuer toutes les lésions du centre de reproduction chez la femme. Mais cette dysmétrie, ce canevas sur lequel viennent se placer toutes les affections utérines, d'où vient-elle, à quoi tient-elle? C'est l'expression d'une diathèse; elle vient du blastème, elle est inhérente à la femme, elle est venue au monde avec elle, et l'accompagnera pendant tout le cours de sa vie sexuelle. Toute femme dysmétrique est donc exposée à des souffrances utérines, qui se traduisent par toutes sortes de lésions. A un moment donné, la diathèse sous l'influence de laquelle se trouve placée la femme va s'éveiller dans tout l'organisme, et l'utérus en sera le centre : voilà tout. Qu'une circonstance occasionnelle, une grossesse, un accouchement, se présente, la diathèse était là en puissance, et elle frappe tout l'organisme en frappant l'utérus. Ainsi il y a, pour l'évolution de la dysmétrie, deux conditions nécessaires : la première, c'est une cause prédisposante, diathésique; la seconde, c'est une cause occasionnelle, déterminante.

L'extrême simplicité de la théorie de M. Pidoux permet d'envisager les affections utérines d'une manière beaucoup plus

générale et d'en donner une explication bien plus nette; aussi nous avons tenu à l'exposer le moins imparfaitement que nous avons pu; et nous regrettons seulement de n'avoir pu rendre que d'une manière fort incomplète des pensées profondes par elles-mêmes, et si brillantes par la forme que leur auteur sait leur donner.

ARTICLE V.— *De la valeur des causes déterminantes.*

Nous avons établi de quelle façon nous comprenions l'apparition de la lésion dans l'organe utérin, et en vertu de quelles conditions premières elle y passait à l'état chronique; examinons maintenant en quelques mots les principales causes sur lesquelles on s'appuie pour justifier la fréquence des maladies de l'utérus en dehors de l'influence diathésique ou constitutionnelle.

Les honorables praticiens qui veulent s'en tenir à l'influence des causes locales, après les circonstances anatomiques ou physiologiques toutes spéciales du viscère, s'appuient sur la répétition des causes occasionnelles pour justifier la fatale tendance des lésions utérines à la chronicité ou à la récidive. Il y a une muqueuse dans l'utérus, dit le Dr Aran, de là, la fréquence du catarrhe; mais il nous semble que la présence d'une muqueuse ne rend pas plus compte de la fréquence des catarrhes que la présence d'un nerf dans l'économie n'explique l'apparition répétée d'une névralgie dans cet endroit.

Les conditions anatomiques, nous les admettons; nous avons aussi insisté sur les conditions physiologiques et vitales de l'utérus; mais, à part ces raisons, qui peuvent expliquer la prédisposition de l'organe aux dérangements et troubles fonctionnels, nous n'admettons pas de causes en dehors des états généraux et constitutionnels qui puissent faire comprendre la chronicité des altérations du viscère dont nous parlons.

Nous allons donc examiner la véritable valeur des causes dites déterminantes. Ces causes sont la menstruation, ou plutôt la congestion qui l'accompagne, la grossesse, l'accouchement, l'avortement, les excès du coït.

1° *La menstruation.* Évidemment la matrice a été disposée pour subir sans trouble cette congestion cataméniale dont elle est le siége chaque mois, et, lorsque M. Bennett explique les phlegmons péri-utérins survenant spontanément chez les jeunes vierges par le passage de la congestion physiologique à la congestion morbide et inflammatoire, il ne dit pas en vertu de quelles causes cette congestion a changé spontanément de nature.

2° *La grossesse.* La grossesse est une cause de souffrances pour la majorité des femmes, et produit un appareil symptomatique que Cazeaux rattache à la chlorose : mais ceci n'a lieu que chez les femmes délicates et déjà chlorotiques. D'ailleurs il y a des exemples (MM. Bernutz et Goupil, Bennett et Aran en ont rapporté dans leurs ouvrages) de catarrhe utérin et de phlegmons circonvoisins chez des jeunes filles vierges; que fera-t-on de ces cas-là ? Il s'agit bien évidemment de maladies chroniques. Quelle est la cause qui les entretient ?

3° *L'accouchement.* C'est, d'après Aran, la cause capitale, celle sur laquelle il insiste le plus; c'est, d'après lui, au temps insuffisant laissé par la plupart des femmes à la matrice pour reprendre son volume primitif, après un accouchement, qu'il faut attribuer la fréquence des maladies utérines.

L'accouchement est en effet une circonstance adjuvante très-puissante de la dysmétrie, nous croyons qu'il peut déterminer des métrites aiguës; mais pourquoi deviennent-elles si souvent chroniques ?

Nous en dirons autant de l'avortement; mais il y a quelque chose de plus ici : pourquoi tant de femmes avortent-elles? N'est-ce pas une chose remarquable que la fréquence des fausses couches chez les femmes en proie à la diathèse scrofuleuse.

Mais, pour en revenir à l'accouchement, n'est-il pas notoire que bien des femmes, surtout dans les campagnes, ne prennent pas, après leur accouchement, le temps nécessaire pour le retrait complet de l'utérus et le retour à son volume primitif, mais même le temps exigé pour le repos de ce viscère. D'après l'abbé Prévost (*Histoire des voyages*, t. XVII), les femmes des

Ostiacks, des Samoyèdes, et des insulaires d'Amboine, placées les unes au pôle arctique, les autres dans la zone torride, se délivrent elles-mêmes de leur fruit partout où elles se trouvent, le plongent dans l'eau de neige ou dans la mer, et, après quelques heures de sommeil, reprennent le cours de leurs travaux.

« Tous les jours, dit M. le Dr Munaret, les médecins de cam-
« pagne voient des paysannes accoucher très-heureusement, je
« ne dirai pas sans les secours de l'art, mais en dépit même des con-
« tre-manœuvres d'une ignare matrone, se lever le lendemain.
« et reprendre leurs pénibles occupations domestiques; aussi
« sont-elles exposées au prolapsus; et si, d'après le même au-
« teur, il meurt plus de femmes en couches à la ville qu'à la
« campagne, en revanche, il en meurt plus pendant le travail
« à la campagne que dans les villes. Cela tient à ce que sur
« 20 accouchements terminés ou entrepris seulement par des
« matrones, il y en a 15 environ accompagnés de contusions
« plus ou moins graves des parties molles de l'appareil gé-
« nital. » (1).

Est-ce qu'avec d'aussi puissantes causes de maladie, les affections chroniques de l'utérus ne devraient pas être bien plus communes à la campagne qu'à la ville, s'il n'y avait pas au-dessus de ces raisons mécaniques une cause d'un ordre bien plus général?

Même dans quelques circonstances où on invoque un accouchement comme cause occasionnelle de la maladie, lui est-elle réellement imputable? Une femme diathésique a eu un enfant il y a quatre ans, je suppose; l'accouchement s'est bien passé, les suites de couches ont marché à merveille, et pendant trois ans, la femme ne sent pas son utérus; puis tout à coup, il y a six mois, sans cause connue, il survient une hémorrhagie, et la leucorrhée à laquelle elle était sujette avant son accouchement augmente : on touche, on examine, on découvre une érosion, une ulcération. Dans ces cas-là, quelle est la valeur de la cause déterminante? Ceci n'est pas une fiction; on trouvera dans mes observations un certain nombre de faits où

(1) Munaret. *Le Médecin des villes et des campagnes.*

ce que j'avance se trouve, il me semble, parfaitement démontré.

J'arrive maintenant aux *excès de coït*. C'est une question très-délicate à soulever vis-à-vis des femmes, et rarement, je crois, on est suffisamment édifié à cet égard. Pourquoi, d'ailleurs, les prostituées de profession ne présentent-elles pas, plus que les autres femmes, des affections chroniques de l'utérus? Car si, comme le fait remarquer Parent-Duchâtelet, elles sont sujettes à des alternatives d'aménorrhée et de métrorrhagie, cela tient peut-être plus aux mauvaises conditions d'une hygiène très-irrégulière qu'aux excès mécaniques auxquels leur métier les oblige à se prêter.

Quoi qu'il en soit, on ne peut nier l'influence qu'exerce sur l'entretien ou l'exaspération des maladies chroniques de la matrice le coït pratiqué d'une manière abusive.

Mais à côté du coït vient se placer une autre cause qui est cependant l'opposée de celle-ci; nous voulons parler des désirs sans cesse renaissants, et condamnés à s'éteindre d'eux-mêmes, faute d'une satisfaction légitime, comme c'est si souvent le cas chez les veuves.

L'excitation sexuelle chez les femmes mariées arrive donc au même résultat que la non-satisfaction des désirs vénériens; mais, pour bien faire comprendre le rôle que jouent les provocations sensuelles, même involontaires, chez tant de femmes, vis-à-vis des maladies de l'utérus, il suffit de voir ce qui se passe chez la femme qui vit tout à fait à l'abri de ces causes d'excitation des sens.

Je tiens de M. Pidoux, qui est le médecin de deux couvents de femmes, qu'il a à peine vu une ou deux affections de l'utérus chez les pensionnaires confiées à ses soins.

On pourrait objecter que les religieuses, par une pudeur mal entendue, ne viennent pas se plaindre à un médecin des douleurs qu'elles éprouvent du côté des organes génitaux; mais les dérangements de la menstruation, les douleurs lombaires et hypogastriques, sont avoués par toutes les femmes et mettraient vite sur la voie d'une maladie de l'utérus. Or, voici ce qui se passe dans la majorité des cas : au moment de leur entrée dans

le couvent, un certain nombre de novices ont de la leucorrhée, de la dysménorrhée, etc.; puis peu à peu, sans traitement, sous l'influence de la vie claustrale, à l'abri de toutes ces émotions mondaines qui retentissent parfois si douloureusement sur le centre génésique de la femme, elles acquièrent une santé meilleure, les règles apparaissent de moins en moins pénibles, de plus en plus rares; si bien qu'au bout de chaque mois, c'est à peine si quelques taches de sang laissées sur leur linge viennent leur rappeler qu'elles sont femmes dans le sens physiologique du mot.

On m'objectera peut-être qu'admettant l'influence si grande des diathèses sur la chronicité des affections utérines, je ne suppose pas que les religieuses soient à l'abri de ces états morbides: cela est vrai; mais, en l'absence de moyens adjuvants, la diathèse prend un autre cours, et va se jeter sur un autre organe ou un autre système.

Je pourrais encore citer ici un certain nombre de causes adjuvantes à l'action des états généraux, mais je me contenterai de rappeler la valeur des influences saisonnières sur l'entretien des maladies de l'utérus. Je tiens encore de M. le Dr Pidoux, qu'il voit souvent des jeunes femmes atteintes d'une affection utérine, et dont les souffrances et les troubles fonctionnels augmentent à l'équinoxe vernal, et sans qu'on puisse expliquer cette coïncidence d'une autre façon que par le changement de saison : du reste c'est un fait reconnu pour un certain nombre d'autres affections, et l'on sait d'ailleurs que c'est à cette époque de l'année que la constitution médicale est le plus grosse de maladies.

Après avoir examiné le pour et le contre de chacune de ces causes, nous croyons les ramener à leur valeur réelle en les laissant dans la place et le rang que leur assigne le nom qu'on leur a imposé (causes déterminantes); car, si leur intervention est souvent nécessaire pour faire éclater la diathèse, elles ne jouent toujours qu'un rôle secondaire.

D'ailleurs, les partisans de la localisation ne sont pas, à ce qu'il paraît, entièrement satisfaits des conditions organiques et de l'intervention des causes occasionnelles, puisqu'ils ont ad-

mis tantôt une diathèse utérine spéciale, tantôt une sorte d'idiosyncrasie, une prédisposition locale. « Chez quelques femmes, l'utérus présente une espèce de faiblesse ou de susceptibilité naturelle qui se traduit par des symptômes particuliers; les menstrues ont de la peine à s'établir, elles sont souvent précédées ou suivies de leucorrhée » (1). Il me semble voir tracé là le portrait clinique d'une chlorotique.

D'un autre côté, Aran trouve dans les conditions anatomiques, la structure de l'utérus, sa situation, sa statique, de quoi justifier tout ce qui concerne la matrice au point de vue pathologique : « Ce qui ne s'explique pas par une de ces causes, devient très-clair si on réfléchit que, dans le plus grand nombre des cas, ce sont des causes multiples qui ont agi de longue main sur le système utérin, préparant une maladie que des circonstances fortuites ou tout à fait insignifiantes ont fait éclater à un moment donné » (2). De son côté, Becquerel, dans son *Traité des maladies de la matrice,* reconnaît qu'il y a « parfois une sorte d'idiosyncrasie spéciale pour le développement des maladies de l'utérus. Il y a en effet des femmes qui, sous l'influence de la cause la plus légère, voient se développer ou récidiver des affections de la matrice » (3).

Le Dr West professe, du reste, une opinion analogue, lorsqu'il dit : « Il est sans doute naturel de supposer que l'accomplissement de fonctions qui sont expressément dévolues à un organe quelconque ne doit pas engendrer chez lui de maladie, mais n'oubliez pas qu'il existe dans l'utérus des conditions spéciales qui rendent probable l'exception à une pareille règle » (4).

Il y a, suivant nous, deux grandes raisons qui font que l'on nie l'action des diathèses et de l'affaiblissement de l'économie sur les maladies de la matrice; c'est 1° parce que la majorité des femmes font remonter les troubles de leur santé à une

---

(1) Bennett. *Loc. cit.*
(2) Aran. *Loc. cit.*
(3) A. Becquerel. *Traité théorique et pratique des maladies de l'utérus.*
(4) Ch. West. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes,* traduites et annotées par Ch. Mauriac.

grossesse ou un accouchement antérieur ; 2° c'est la difficulté et souvent l'impossibilité de la recherche des antécédents.

Nous allons examiner chacune de ces raisons.

Première raison. — Il est bien nécessaire, d'après nous, de se persuader que la grossesse et l'accouchement, tant invoqués dans l'étiologie des affections chroniques de l'utérus, ne sont que des causes accessoires, des prétextes, dont la diathèse se sert pour pénétrer dans l'organe et s'y implanter sous une forme ou sous une autre.

Qu'on interroge la plupart des femmes qui souffrent de l'utérus avec soin, avec attention, et souvent, en les pressant, on obtiendra d'elles qu'elles avaient, bien longtemps avant leur accouchement, des palpitations, de la céphalalgie, de la gastralgie, de la leucorrhée, des douleurs articulaires ou musculaires, des éruptions cutanées rebelles ou bien des maux d'yeux prolongés, de l'adénite, etc.

Lorsque Becquerel, se fondant sur l'analyse du sang d'un certain nombre de femmes malades de la matrice, et comparant la quantité relative des éléments généraux de ce liquide, qu'il a vu diminuer d'autant plus que l'affection était plus ancienne; lorsque Becquerel, dis-je, en tire cette conclusion, que l'anémie est toujours consécutive à l'établissement de la maladie, je crois qu'il a tort et raison tout à la fois.

Je dis qu'il a tort, parce que l'affection générale, la chlorose spontanée, ou la diathèse dont la chlorose peut être la première expression, la chlorose existait certainement sans que la malade y eût fait attention. Que de femmes, en effet, sont en proie à des palpitations, à des maux de tête ou d'estomac intermittents, périodiques, chez lesquelles cette habitude morbide devient en quelque sorte une seconde nature, et qui ne s'en occupent que lorsqu'il vient s'y adjoindre des troubles menstruels et des douleurs utérines.

Je dis que Becquerel a raison, d'autre part, parce que l'anémie ou la chlorose (dans ce cas-là, pour nous, c'est la même maladie) augmente considérablement, dès qu'il y a une lésion prononcée de la matrice.

La femme qui souffre était déjà chlorotique. mais elle le de-

vient davantage, et si l'affection se prolonge, la chlorose deviendra une véritable cachexie. La chlorose a ouvert la marche des accidents, et c'est elle qui la ferme. Terrible cercle de Popilius dans lequel la femme se trouve emprisonnée, et que la chlorose a tracé autour d'elle! L'altération du sang engendre l'altération du sang; si bien que, comme dans une chaîne dont les deux extrémités se sont soudées intimement, on ne peut plus distinguer quel est le bout initial et quel est le bout terminal. Si j'insiste autant sur la chlorose envisagée de cette façon, c'est que c'est, à mon avis, une des principales raisons qui ont le plus contribué à valider l'importance locale des lésions de l'utérus.

Seconde raison. — Nous arrivons aux difficultés que présente la recherche des antécédents. Ce motif est si fondé, que Valleix se plaint de la manière imparfaite dont on recueille les antécédents en général : « Tout le monde sait combien, dès qu'on a constaté l'état matériel de l'organe, on glisse rapidement, dans la plupart des cas, sur l'interrogatoire, qui, seul, peut faire connaître les causes de l'affection » (1). Il faut aussi dire que la plupart des livres écrits sur les maladies de l'utérus sont composés avec des matériaux recueillis dans les hôpitaux, et qu'on est vite rebuté de la recherche des antécédents par le nombre de malades à soigner, ou par l'ignorance de la santé des ascendants, le mauvais vouloir ou bien le peu d'importance que les malades attachent à leurs antécédents ou enfin par le peu d'empressement qu'elles mettent à donner les renseignements qu'on leur demande.

La première, c'est, par exemple, l'impossibilité d'obtenir des renseignements de certaines femmes qui ne veulent pas avouer qu'elles ont eu une manifestation scrofuleuse ou dartreuse. Le préjugé vulgaire, si défavorable à toute éruption cutanée dénotant un vice du sang, vient souvent entraver les recherches du médecin, mais il peut arriver à tourner cette difficulté avec du tact et de la persévérance.

Une autre difficulté, c'est qu'après avoir obtenu des renseignements, on est incertain entre deux diathèses ; la malade a

(1) Valleix. *Guide du médecin praticien*, 2e édit., art. *Métrite.*

eu, je suppose, de la gourme dans l'enfance, et plus tard du psoriasis, etc. Est-elle scrofuleuse, est-elle dartreuse? Elle peut être l'une et l'autre ; car ses parents ont pu posséder chacun une de ces diathèses, et les lui léguer toutes deux pures ou mélangées. Lorry connaissait bien ces hybridations ou transformations de diathèses. « La dartre, dit-il, succède souvent à l'arthritis; » et plus loin : « Arthritis hereditaria si quis morbus « in una progenie herpetum facie prodit, in secundo natorum « ordine resumit arthritidos characterem » (1).

MM. Gintrac, Bazin et Gueneau de Mussy reconnaissent aussi ce mélange de diathèses : « Vous voyez chaque jour la scrofule marcher de pair avec la syphilis, l'arthritisme, l'herpétisme (2).

CHAPITRE IV.

OBJECTIONS.

Au moment de terminer ce mémoire, il n'est pas, je crois, hors de propos de répondre à quelques objections qui m'ont été faites sur les idées qui y sont exposées.

Ces objections portent sur trois points : 1° sur les diathèses, 2° sur la chlórose, 3° sur l'inutilité de l'intervention des causes générales.

§ 1er. — *Objections portant sur les diathèses.*

On m'a dit que j'admettais trop facilement les diathèses, qu'il suffisait pour moi qu'une femme ait eu de la gourme dans l'enfance pour la ranger dans la catégorie des scrofuleuses. Ceci n'est pas exact : je n'admets la diathèse strumeuse que lorsque j'ai pu recueillir des indices de plusieurs manifestations successives; j'ai toujours cité des éruptions cutanées rebelles, gourme tenace, de l'adénite, des maux d'yeux prolongés dans l'enfance, et, plus tard, de la leucorrhée.

---

(1) Lorry. *Tractatus de morbis cutaneis.*

(2) Bazin. *Leçons sur l'arthritis et la scrofule*, p. 39.

Ce reproche tient du reste, je crois, à deux choses :

1° A ce qu'on est habitué à considérer dans la scrofule un ensemble de symptômes très-saillants : tumeurs ganglionnaires, ulcérations serpigineuses, éruptions cutanées généralisées, etc. Mais, comme M. Bazin l'a très-bien établi, la scrofule se présente sous deux formes, l'une bénigne, l'autre maligne, et c'est presque toujours la bénigne qui se montre dans mes observations.

2° Cela tient aussi à ce que l'on regarde généralement la scrofule comme l'apanage de l'enfance; cependant c'est un préjugé que Baumes avait déjà tenté de détruire : « Les affections cutanées opiniâtres ne sont pas rares, vers l'âge de 50 ans, chez ceux qui, pendant leur jeunesse, ont été incommodés de scrofule » (1).

Ainsi, pour nous, la scrofule peut se manifester pendant toute la durée de l'existence, et elle est quelquefois très-difficile à reconnaître, parce qu'elle n'a pas une marche régulière comme la syphilis, et a une forme parfois très-bénigne.

Pour Becquerel, les diathèses qui existent chez les femmes malades de l'utérus ne sont que des coïncidences. Mais comment se fait-il qu'en présence d'un enfant porteur d'une tumeur blanche ou d'une kératite, on recherche toujours s'il a des antécédents ou un présent scrofuleux? pourquoi tout médecin qui a à traiter une névralgie cherche-t il si cette altération de sensibilité n'est pas due à la chlorose ou si elle n'a pas une origine rhumatismale? On pourrait aussi bien dire à ce médecin : Vous avez tort de chercher au delà de la lésion ; l'enfant est scrofuleux, la femme est dartreuse ou chlorotique, peu vous importe : traitez la lésion. Reste à savoir si la tumeur blanche guérira par les topiques; si la névralgie, une fois guérie, ne reviendra pas le lendemain ou huit jours après, comme cela arrive aux lésions du col de l'utérus traitées seulement par des topiques.

Nous connaissons un grand nombre de femmes chez lesquelles des ulcérations *atoniques* ont résisté des années en-

(1) Baumes. *Traité sur le vice scrofuleux.*

tières à des cautérisations de diverses natures, et qui ont cédé entre nos mains, parce que nous nous sommes tout d'abord occupé de l'état général (1).

Le Dr Gallard, lorsqu'il nous fit l'honneur de rendre compte de notre thèse inaugurale dans l'*Union médicale*, se montra tout à fait opposé aux diathèses et tout en combattant nos idées avec une esquise courtoisie, il nous reprocha de penser que l'état général est tout et l'état local presque insignifiant. « Nous accorderons volontiers, dit-il, à notre confrère que « dans le traitement des maladies utérines, il faut tenir le plus « grand compte de l'état général, mais nous doutons fort qu'un « traitement général suffise à faire cicatriser une ulcération du « museau de tanche ou à redresser un utérus dévié. » (2) Certes ceci est bien loin de ma pensée, et si dans tout le cours de ce travail comme dans le précédent auquel M. Gallard fait allusion, je désire démontrer qu'il y a dans les affections utérines autre chose qu'une maladie locale et que c'est l'état général qui cause et entretient la lésion, c'est que l'utérus me semble soumis aux lois de la pathologie générale comme les autres organes. A-t-on le droit d'établir pour la matrice des lois particulières? Les *congestions périodiques de la menstruation* invoquées par M. Gallard pour expliquer la chronicité des affections utérines ne nous paraissent pas suffisantes comme à cet éminent confrère. La matrice ne relève-t-elle pas des lois générales de la physiologie dans ses fonctions, comme de la pathologie dans ses maladies? Si l'utérus a des fonctions spéciales, quel est l'organe qui n'a pas les siennes ? et je ne vois pas pourquoi il dérogerait aux lois en vertu desquelles l'endocardite n'est le plus souvent qu'une manifestation de la diathèse rhumatismale, et les calculs de la vessie ou du foie de la diathèse goutteuse?

D'ailleurs, comme ces lésions que nous venons de citer ne guérissent pas, non parce qu'elles occupent tel ou tel viscère, mais parce qu'elles sont la manifestation d'une cause générale implacable, de même les lésions de l'utérus ne sont rebelles à

---

(1) Arnal. *Sur le traitement de quelques affections de la matrice*, p. 26.

(2) Gallard, *Union médicale*, 1860, *Des maladies de l'utérus et de ses annexes*.

la thérapeutique que parce qu'elles sont entachées d'une origine diathésique et constitutionnelle. Voyez, en effet, ce qui se passe dans les autres organes atteints de lésions chroniques : il existe un calcul dans la vessie, un os est nécrosé, on soumet le malade à l'opération de la taille ou de la lithotritie, la pierre est enlevée, le séquestre extrait, mais un mois après il se forme du gravier dans les reins et un autre os s'enflamme à côté de celui qu'on a opéré : *Hæret lateri lethalis arundo*.

On m'a dit encore au sujet des diathèses : Puisque vous admettez leur intervention si fatale, comment vous expliquez-vous que les femmes de la campagne, aussi exposées aux diathèses que les femmes de la ville, n'ont pas plus souvent des maladies de l'utérus ?

La scrofule, cette cause si puissante d'affection chronique de l'utérus, la scrofule est très-fréquente à la campagne ; ce qu'on explique par les mauvaises conditions hygiéniques : habitation froide et humide, alimentation grossière. « Un berceau est exposé à des courants d'air et abandonné sur le sol humide d'un rez-de-chaussée, tandis que le petit marmot qu'il contient croupit une demi-journée au moins, et toutes les nuits, dans des langes imprégnés de matières fécales ; une mère mercenaire et pauvrement alimentée supplée au peu de lait que sécrètent ses mamelles, en l'indigérant à toute heure avec une bouillie épaissie, mal cuite et souvent aigrie. » (1)

S'il est vrai que la scrofule se montre aussi souvent dans les villages et je l'admets, ce n'est pas la vraie scrofule, je crois qu'elle n'en a que l'apparence, et n'a pas par conséquent la force d'une vraie diathèse transmise héréditairement : la preuve, c'est qu'elle guérit la plupart du temps sans traitement. L'insuffisance de l'hygiène en était la cause, le mauvais régime l'avait engendrée ; mais le bon air, cette nourriture de la vie, abreuve largement l'enfant, dès qu'il est en état de sortir. Sitôt qu'il peut marcher, il court dans la campagne, digère la nourriture grossière qu'il ne pouvait assimiler, et secoue pour ainsi dire sa scrofule au vent de la plaine.

---

(1) Munaret. *Le médecin des villes et des campagnes.*

Il y a d'ailleurs pour la paysanne, dans l'absence d'excitations incessantes, de tentations sexuelles, un grand avantage pour son système utérin. Le prolapsus auquel elle est particulièrement sujette, d'après M. Munaret, n'éveille le plus souvent chez elle aucun retentissement sympathique, parce que le système nerveux, toujours calme, n'est pas soumis à la pression de toutes ces causes morales, bien plus fréquentes à la ville qu'à la campagne, et se trouve surtout maintenu dans la droite ligne par le vigoureux frein du sang (*sanguis frenat nervos*).

Pour le Dr Goin (1), la scrofule dont il reconnaît l'influence dans l'entretien de la métrite chronique ne viendrait qu'en seconde ligne après la chlorose, il se fonde sur ce fait que les affections utérines sont très-rares à la campagne et la scrofule très-commune et il s'appuie sur les trente années de pratique médicale de son père à Saint-Alban. « Or, tant que la scrofule a été observée seule, les affections utérines se sont toujours montrées « avec une extrême rareté. Aussitôt qu'une industrie nouvelle, « le tissage du coton, a obligé les ouvrières à travailler dans des « caves humides et sombres, on a vu l'anémie, les scrofules « apparaître, et en même temps les affections utérines devenir « plus communes. C'était bien de la scrofule acquise, mais elle « était accompagnée d'appauvrissement général, de chloro-anémie. L'exemple de femmes indemnes tant qu'elles ont travaillé la terre et offrant des désordres du côté du système utérin après un séjour dans les grandes villes, cette circonstance « que les maladies ne s'observent à la campagne que chez les « femmes qui par métier sont condamnées à une vie sédentaire, « comme dans les cités populeuses, sont autant d'arguments « habilement invoqués par M. Goin pour soutenir son opinion. » (2)

Il y a beaucoup de femmes scrofuleuses, m'a-t-on dit, qui ont eu des enfants, qui ont eu des fausses couches, en un mot la prédisposition et la cause occasionnelle, et cependant n'ont jamais eu d'affection de l'utérus ; comment l'expliquez-vous? Je

(1) *Annales de la Société d'Hydrologie*, 1864, p. 266. Rapport du Dr Verjon sur un travail de M. Goin.

(2) *Annales de la Société d'Hydrologie, loc. cit.*

ne dis pas que toutes les scrofuleuses doivent avoir des maladies de l'utérus ; la diathèse peut avoir éparpillé son action chez elles de différentes manières, au lieu de l'avoir concentrée sur un seul point de leur économie ; de même que, parmi les dartreux, les uns ont de l'angine glanduleuse, et les autres de la blépharite ou des névralgies. A quoi tient cette fixation du principe morbide sur un endroit plutôt que sur un autre? J'avoue que je n'en connais pas la raison.

§ II. — *Objections portant sur la chlorose.*

La chlorose est une maladie en quelque sorte endémique à la ville. Quelle est la femme qui n'est pas plus ou moins chlorotique à une certaine époque de la vie ?

A cet argument je répondrai que c'est précisément la fréquence de la chlorose qui explique en partie la tendance à la chronicité que prennent tant d'affections du système utérin. D'ailleurs je ne compte la chlorose que lorsqu'elle dure depuis plusieurs années ou qu'elle a duré plusieurs années. Je n'ai pas parlé dans mes observations de femmes ayant été chlorotiques passagèrement, mais d'une façon permanente.

On pourrait aussi dire que la chlorose est une coïncidence, mais pourquoi traite-t-on par le fer la dyspepsie qui coïncide avec la chlorose, et pourquoi guérit-elle? Pourquoi tant de praticiens emploient-ils, dans certaines formes d'affections utérines, les préparations martiales, s'ils ne sentaient pas qu'il faut non-seulement combattre l'ennemi présent, mais aussi celui qui se cache sous le masque de la maladie de l'utérus ?

Pour beaucoup d'auteurs et M. Gallard entre autres, la chlorose ne serait pas primitive, mais consécutive à la lésion ; nous avons rapporté à ce sujet les opinions du Dr Gallard, nous redirons seulement ici que reconnaissant l'existence de la chlorose à ses symptômes capitaux : palpitations, essoufflement, dyspepsie, vertiges, céphalalgie, aménorrhée et leucorrhée, nous admettons qu'une femme est chlorotique, lorsqu'elle a présenté tous ces symptômes avant de souffrir du côté de l'utérus. C'est dans un diagnostic rétrospectif que nous éta-

blissons notre diagnostic étiologique. Il est positif qu'on peut se tromper en s'en rapportant au dire des malades, mais en posant bien ses questions et en cherchant à quel moment précis ont apparu les douleurs lombaires ou hypogastriques et les dérangements de la menstruation, nous croyons qu'on peut arriver à mettre une date à peu près certaine sur le moment de l'apparition de la métropathie. Il ne faut pas se dissimuler que cette recherche offre d'autant plus de difficultés que la métropathie entraînant avec elle presque fatalement le chlorose, il s'agit quelquefois de juger une question de plus ou de moins dans certains phénomènes communs, tels que les troubles menstruels et la dyspepsie ; cependant nous pensons que si une femme qui a toujours souffert de palpitations, de dyspepsie, de céphalalgie, a en plus des troubles utérins, des douleurs lombaires, etc., sans enfants, ni fausse couche, c'est bien la chlorose qu'il faut rendre justiciable des accidents utérins.

On m'a opposé aussi cet argument qui, au premier abord, paraît irréfutable ; ce qui prouve que c'est bien à ses conditions anatomiques et physiologiques seules que l'utérus doit la chronicité de ses affections, c'est que l'immense majorité de ses maladies se montrent pendant sa vie fonctionnelle, tant que la femme est apte à être mère, les diathèses n'en existent pas moins et elles devraient continuer à exercer leur influence aussi bien sur le système utérin que sur les autres.

Je suis loin de nier la rareté des affections utérines « chez la « femme qui arrive à l'âge critique. En effet, au moment de la « ménopause il survient des recrudescences, puis après un « certain temps il y a disparition complète de tous les sym- « ptômes. » (1) Mais cette rareté tient tout simplement aux conditions anatomiques et physiologiques du système utérin qui ont ici une importance considérable : « Chez les femmes « âgées, le calibre des vaisseaux et des nerfs diminue et l'on « trouve parfois même une altération des parois des vaisseaux, « la muqueuse de la cavité s'amincit. Le tissu de l'organe re- « prend à peu près sa consistance ferme et même au niveau du

(1) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, p. 367.

« col il devient en réalité semi-cartilagineux; la cavité du « corps se rétrécit, le canal de communication entre cette « cavité et le vagin s'oblitère presque entièrement ; le vagin et « les ligaments de l'utérus deviennent flasques et l'utérus est « complètement mobile; les ovaires s'atrophient. Concurrem« ment avec ces changements nous voyons les inflammations « aiguës devenir de plus en plus rares, mais la dégénéres« cence des tissus devenir au contraire de plus en plus fré« quente. » (1)

D'ailleurs, si l'on n'admet pas l'intervention de la chlorose ou des diathèses comment peut-on comprendre que des affections chroniques du système utérin se développent chez les jeunes filles, je dis à dessein du système utérin et non de l'utérus ; en effet, comme le fait remarquer un savant observateur : « S'il n'est pas rare de rencontrer des symptômes de métrite « chez les jeunes filles pubères, voit-on rarement l'inflamma« tion dépasser chez elles certaines limites d'étendue et de « durée pour se généraliser et prendre une marche chronique. « Il y a là une sorte d'opposition entre l'inflammation de l'o« vaire qui me paraît être plus particulièrement la maladie des « jeunes filles et l'inflammation chronique de l'utérus qui est « plus particulièrement celle des femmes ayant conçu. » (2)

§ III. — *De l'inutilité de l'intervention d'une cause générale.*

On m'a posé cette dernière objection : Puisque vous reconnaissez que l'utérus est prédisposé aux dérangements et aux troubles fonctionnels, où est la nécessité d'invoquer une cause générale?

En effet, pour moi l'utérus a une tendance facile à devenir malade, mais d'une façon aiguë, et pour que la maladie soit chronique, j'exige l'intervention d'un trouble général de l'économie. Comme lorsque je me trouve en face d'un amaurotique, après avoir recherché la lésion matérielle, je me de-

(1) Fletwood-Churchill, 2e édit., par le Dr Leblond, p. 10.
(2) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, p. 367.

mande s'il n'y a pas de la syphilis sous jeu; si j'ai affaire à des tubercules du testicule, j'examine le thorax du malade, etc. N'est-ce pas, en un mot, dans le champ de l'étiologie que le praticien trouve le plus de lumière pour le guider dans la thérapeutique si obscure des affections chroniques? Se priver de cette ressource, c'est ne voir partout que des altérations anatomiques justiciables de moyens locaux; or, ce n'est pas la pratique de la majorité des médecins qui ont tous recours à un traitement local et général simultané, sachant bien que ce n'est que par l'association de ces deux ordres de moyens qu'ils arriveront je ne dirai pas à guérir toujours, mais à soulager du moins la plupart des femmes dont l'utérus est souffrant depuis longtemps.

En résumé, pour nous l'utérus est prédisposé aux troubles fonctionnels, aux souffrances; mais il faut de toute nécessité l'intervention d'une cause générale pour y déterminer des altérations chroniques, comme le prouvent l'analogie, des autorités respectables, et l'observation attentive des faits.

De la critique à laquelle nous nous sommes livré sur les opinions des auteurs qui traitent de la pathologie utérine, il ressort: 1° qu'à notre époque, on attache trop d'importance aux lésions et pas assez à la maladie; 2° que ce qui prime dans l'ordre pathologique de l'utérus, c'est la réaction morbide de l'organisme sur l'utérus, et que la réaction de la matrice sur l'organisme ne vient qu'après; 3° qu'on a tort de considérer l'utérus comme un viscère isolé, ayant une existence individuelle et ses maladies à lui, oubliant qu'il fait partie de la chaîne harmonique dont tous les organes ne sont que des anneaux, et que si la chaîne fonctionne mal, elle entraîne le désordre dans les fonctions de l'utérus comme de tout autre système, et peut-être un peu plus facilement, mais voilà tout.

J'ai observé et écrit sans idée préconçue, cherchant la vérité; j'expose ici ce que je crois être la vérité, me proposant de continuer mes observations dans le même sens, si le bandeau de l'erreur ne m'aveugle pas sur des idées déjà émises avant moi, et que j'espère voir soutenir par d'autres bien plus capables que moi de les défendre et de les faire triompher.

Conclusions.

I. Les maladies chroniques ne sont chroniques qu'en vertu d'une diathèse ou d'une altération spontanée du sang.

II. Toutes les affections de l'utérus qui se développent en dehors de l'état puerpéral, et un certain nombre de celles qui se développent pendant cette période, sont chroniques d'emblée, ou tendent à le devenir; elles sont par conséquent soumises aux lois qui président à la chronicité des autres affections de l'organisme.

III. Les diathèses qui jouent le plus grand rôle dans l'étiologie des affections chroniques de l'utérus sont, et par ordre de fréquence, les diathèses strumeuse, arthritique, herpétique, syphilitique, etc.

IV. Après les diathèses, la cause la plus fréquente de la chronicité des affections de l'utérus, c'est la déglobulisation morbide et spontanée du sang.

V. Ce que les auteurs appellent diathèse spéciale, prédisposition, idiosyncrasie, nous paraît rentrer dans ces deux grands ordres de causes.

VI. La grossesse, les accouchements, et d'autres causes déterminantes, sont des adjuvants puissants à l'éclosion et à l'entretien des affections de l'utérus, mais celles-ci peuvent éclater et devenir chroniques en l'absence de toute cause occasionnelle.

VII. Dans quelques cas cares, l'affection est primitivement locale, qu'elle ait ou non succédé à un accouchement.

VIII. Dans la majorité des circonstances, les lésions ne sont que des symptômes secondaires, survenus sous la dépendance d'un état général.

IX. La chlorose qui existait chez une femme atteinte d'une maladie de l'utérus augmente généralement, se prononce davantage; dans certains cas, elle est consécutive à la lésion, la cause première est dans une diathèse.

X. En résumé, dans les affections chroniques de l'utérus, la lésion est à l'utérus, et la maladie est dans l'organisme.

NOTE SUR UN CAS DE RENVERSEMENT TOTAL ET SPONTANÉ DE L'UTÉRUS.

Par MM. Homolle et Martin,
Internes des hôpitaux de Paris.

L'inversion complète de l'utérus sans être fréquemment observée n'est pas cependant aussi rare que l'ont prétendu quelques auteurs. Un fait récemment observé à la Charité dans le service de M. Bourdon et dont nous devons l'observation à nôtre excellent collègue M. Homolle, nous a paru assez intéressant pour être rapproché de quelques autres déjà publiés dans les journaux.

J... (Adèle), âgée de 20 ans, couturière, entrée le 24 octobre 1874, salle Ste-Marie, n° 4, à la Charité, service de M. Bourdon.

Cette femme, bien constituée et habituellement bien portante, a été réglée à l'âge de 14 ans. Elle a eu la fièvre typhoïde il y a deux ans, mais était bien remise. Elle fait dater sa grossesse du 21 janvier et n'a pas eu ses règles en février.

Etat actuel. — Le 24 octobre au matin, à la visite, on constate que les battements du cœur fœtal sont normaux.

Le palper et le toucher indiquent une seconde position du sommet, le col est dilaté comme une pièce de 5 francs, les douleurs sont rares.

A trois heures l'accouchement se fait normalement, l'infirmière qui avait assisté la jeune femme, la quitte pour s'occuper du nouveau-né sans avoir fait aucune tentative pour la délivrer et sans avoir pratiqué la moindre traction sur le cordon. Dix minutes au plus après l'accouchement, lorsqu'elle revient auprès d'elle, elle la trouve dans un état demi-syncopal, ayant perdu beaucoup de sang et présentant une masse volumineuse, proéminant à la vulve.

Appelés immédiatement, nous constatons la présence, entre les cuisses de la malade, d'une masse ovoïde, dont le sommet est formé par le placenta; cet organe est décollé dans toute sa

moitié gauche, mais à droite il se continue directement avec le reste de la tumeur. Il y a eu une perte de sang abondante, la malade en est inondée et le suitement continue. Elle est dans l'état demi-syncopal qui accompagne les hémorrhagies abondantes, répond avec peine aux questions qui lui sont adressées, et se plaint de ne plus distinguer les personnes qui l'entourent. Au-dessus du pubis, la paroi abdominale est absolument dépressible et la pression jusqu'au sacrum en arrière ne permet pas de constater la présence d'aucune tumeur. Immédiatement l'on pratique la compression de l'aorte et l'on s'empresse de décoller avec la pulpe de l'index la partie du placenta adhérente, et l'on découvre ainsi une surface inégale, fongueuse, molle au toucher, imprégnée de sang qui suinte à sa surface. Dans la moitié droite, toute la surface ovoïde est également rouge et un peu inégale, mais moins fongueuse et imprégnée de sang ; la moitié gauche au contraire est recouverte d'une membrane unie, soulevée en quelques points par un peu de sang épanché : c'est le reste des membranes qui se sont rompues autour de l'insertion placentaire. Le placenta décollé, on constate par le toucher, que la masse ovoïde se continue avec un large pédicule qui remplit presque complètement le vagin et se replie en un cul-de-sac circulaire pour se continuer avec la paroi vaginale.

On repousse doucement cette masse par une pression aussi égale que possible exercée avec toute la main, la paume coiffant le fond de l'organe et les doigts s'appliquant tout autour du corps.

Après des tentatives assez prolongées, on réussit à réduire l'utérus *prolapsé* dans le vagin ; il forme une saillie constatée à la palpation au-dessus du pubis ; mais cette saillie présente une dépression considérable à son entrée.

A quatre heures, M. Guéniot appelé, complète la réduction au moyen de l'extrémité des doigts réunis en cône et coiffés d'une compresse repliée ; il pénètre dans le vagin et refoule le fond de l'utérus pendant qu'une main appliquée sur le pubis maintient le fond ainsi refoulé. La masse hypogastrique se soulève, et avec la main appliquée à ce niveau on sent une saillie globuleuse assez ferme, déprimée à son centre en cul de

bouteille; bientôt cette portion rentrante se réduit elle-même. La malade épuisée se plaint d'une soif ardente; sa vue est troublée, elle ressent un besoin de dormir très-vif qu'elle ne peut satisfaire. Julep alcool. Bagnols. 75 centig. de seigle ergoté. Bouillon chaud. Le pouls est petit, fréquent.

A huit heures du soir pas de pertes, la malade est agitée, dans la nuit, l'agitation cesse.

L'examen du placenta permet de constater les altérations suivantes :

La surface utérine présentait en quelques points une apparence moins opaline, moins blanchâtre que d'habitude, comme si la couche épithéliale qui la recouvre faisait défaut. A la périphérie du placenta on remarque de nombreuses plaques d'indurations fibroïdes d'un blanc bleuâtre, de consistance cartilagineuse.

25 octobre. P. 132, T. 37,4. La malade est calme ne souffre pas ; l'utérus remonte à deux travers de doigt de l'ombilic, il se porte un peu à droite ; les lèvres sont rosées, pas de céphalalgie.

Soir. P. 136. T. 39,6. Souffle intense dans les vaisseaux du cou. Au toucher, on trouve le col ouvert, mou, peu douloureux, on retire par le cathétérisme 1000 gr. d'urine.

Le 26. Matin. P. 140. T. 39,6. Pouls large un peu mou.

Soir. P. 140. T. 40, 2. Ventre ballonné, non douloureux à la palpation ; respiration faible, suspirieuse, quelques légères coliques ; les seins ne sont pas douloureux.

Le 27. Matin. P. 124. T. 39,8. La nuit a été bonne; ventre ballonné, mais peu tendu, peu douloureux, si ce n'est à la pression sur la région hypogastrique à droite ; langue humide.

Soir. P. 124. T. 40,2. Pouls très-large, ventre ballonné, langue humide, pas de frisson, un peu de céphalalgie, face rouge, animée.

Le 28. Matin. P. 124. T. 39,2. Délire dans la soirée d'hier.

Soir. P. 124. T. 40,2, *facies* non altéré, pas de frisson ni de vomissement, toujours ballonnement considérable du ventre qui est à peine douloureux ; pas de diarrhée, céphalalgie.

Le 29. Matin. P. 124, T. 40,2. Délire pendant la nuit.

Soir. P. 124. T. 40,2. Ballonnement énorme, douleurs un peu plus vives, céphalalgie, le facies reste assez bon, la malade ne se plaint pas, mais elle continue à délirer le soir.

Le 30. Matin. P. 108. T. 39,6. Nuit plus calme; une selle abondante avec un lavement hier soir.

Soir. P. 132, T. 40, 6. Le ventre est de nouveau plus ballonné et plus douloureux, abattement, anorexie, anxiété fébrile, face colorée, souffle vasculaire et à la base du cœur, céphalalgie très-vive, langue plus sèche.

Le 31. Matin. P. 120. T. 40,2. Diarrhée séreuse-fétide, ballonnement considérable du ventre.

1er novembre. Matin. P. 104. T. 39,8. Le ventre est plus souple. Soir. P. 112. T. 40,2. La diarrhée continue, moins de ballonnement, le délire nocturne persiste, subdelirium sans grande agitation, langue humide.

Le 2. Matin. P. 112. T. 40,2. Ventre plus souple. Soir. P. 101. T. 40. Soif vive, pas de nausées, langue humide, anorexie, la diarrhée persiste, céphalalgie, bourdonnement d'oreille.

Le 3. Matin. P. 108. T. 40,1. Soir. P. 108. T. 40,4. La diarrhée diminue, plus de douleurs de ventre.

Le 4. P. 112. T. 40. Diarrhée abondante, agitation nocturne.

Le 5. P. 100. T. 39,4. Matin. Moins de diarrhée, la malade mange un peu, battements du cœur réguliers, sans souffle. Soir. P. 104. T. 39,9. Le ventre est souple, nullement douloureux, à peine augmenté de volume.

Le 6. Matin. P. 112. T. 39,2. Soir. 39,4.

Le 7. Matin. P. 111. T. 39,2. Soir. 40,4.

Le 16. La diarrhée fétide continue, mais moins abondante; plus de fièvre. T. 37,4.

Le 23. L'appétit est excellent; plus de diarrhée depuis six jours. Depuis quatre jours, la malade se lève, l'utérus est revenu sur lui-même, le ventre est normal, indolent à la palpation; au toucher, on trouve que l'utérus et les culs-de-sac ont repris leur forme et leur volume normaux.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs titres; la promptitude de l'intervention a rendu la réduction facile avant la rétraction complète du col.

Tous les auteurs, Courty, Barnes, Cazeaux, Depaul, Chevreul et bien d'autres encore, s'accordent à reconnaître que, dans les cas d'inversion complète et récente, il faut immédiatement tenter la réduction.

MM. Barnes et Chevreul proposent même, dans les cas où le placenta est encore attaché en entier à la matrice, de replacer le tout ensemble, de profiter de la flaccidité de la matrice, et d'attendre ensuite l'expulsion spontanée du délivre.

M. Courty ne partage pas cette dernière opinion et pense, au contraire, qu'il est préférable de faire l'extraction du délivre, dans tous les cas, quel que soit le degré d'adhérence, avant de réduire la masse. Sans vouloir entrer ici dans la discussion de ce point de pratique, nous croyons que l'adhérence totale est très-rare avec l'inversion, et que, dans la majorité des cas comme dans celui que nous venons de rappeler, le placenta est en partie décollé et doit être extrait avant la réduction.

Lorsque l'hémorrhagie est abondante, la compression aortique, pratiquée ainsi que nous l'avons fait en même temps que le décollement du placenta, peut être d'un grand secours. Cette hémorrhagie, dans un bon nombre de cas, a été assez abondante pour déterminer promptement la mort. D'après la statistique du Dr Crosse, sur 109 malades atteintes d'inversion utérine et ayant succombé à cet accident, 72 sont mortes, quelques heures après l'accouchement, d'hémorrhagie, de syncope ou de convulsions. Nous en trouvons un cas récent, mentionné dans l'*Obstetrical Journal* du mois d'août 1874; le Dr Chambers fit part à la Société d'obstétrique de Londres d'un cas d'inversion complète suivie de mort par hémorrhagie. Il s'agit d'une femme de 27 ans, accouchée heureusement de son second enfant. Une demi-heure après l'accouchement, une hémorrhagie se déclare; le placenta n'avait pas encore été expulsé : on tira sur le cordon. Des contractions énergiques, accompagnées d'une douleur excessivement vive, furent suivies de l'expulsion d'un corps rond, et ovoïde en dehors de la vulve; l'hémorrhagie fut très-abondante. On fit chercher le Dr Chambers, qui, n'étant pas à la maison, fut remplacé par son neveu. Celui-ci trouva la malade froide. exsangue, mourante, respirant à peine. Il enleva immé-

diatement le placenta, puis fit deux tentatives infructueuses pour réduire la tumeur. La malade mourut peu après.

A l'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après, on trouva l'utérus en partie revenu sur lui-même, ce qui fit penser que, si l'on avait vu la malade plus tôt, moins exsangue, et que si son état avait permis de faire des tentatives plus prolongées de réduction, on aurait obtenu la réduction complète.

Dans cette observation, nous trouvons encore deux points à noter : c'est d'abord l'absence de cette douleur vive, signalée dans la plupart des auteurs, et dont s'accompagne, suivant eux, la contraction énergique qui détermine l'inversion.

Enfin, au point de vue de l'étiologie, contrairement à ce qui a été observé dans un bon nombre de cas, aucune espèce de traction n'a été exercée sur le cordon.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

DEUX CAS D'HÉMORRHAGIE POSTPUÉRPÉRALE TRAITÉE PAR L'INJECTION DE PERCHLORURE DE FER.

Par le Dr Swain,

M. le Dr Swain a pratiqué avec succès, dans deux cas d'hémorrhagies postpuerpérales qui n'avaient pu être arrêtées par les moyens ordinairement employés, une injection de perchlorure de fer dans la cavité de la matrice. Voici ces deux observations :

Observation I. — Il s'agit d'une dame très-délicate, belle et primipare. Sa grossesse avait été toujours bonne. Le travail commença le matin du 21 janvier. La présentation avait été normale, les douleurs régulières, et un bel enfant du sexe masculin était né, le 22, vers sept heures et demie du matin. Je donnai une petite quantité de chloroforme à la fin de l'accouchement. Aussitôt après l'expulsion de l'enfant, je trouvai une seconde tête, et, comme les douleurs se ralentissaient très-nota-

blement, j'appliquai le forceps et je pus extraire en très-peu de temps un second enfant du sexe masculin. Le placenta fut bientôt extrait. Il était unique, mais d'un volume exagéré. Dès que le placenta fut expulsé, il s'écoula un flot de sang, mais la matrice se contracta énergiquement et un bandage fut appliqué autour de l'abdomen ; peu de minutes après, cependant, je trouvai l'utérus largement dilaté, et par la pression, un large caillot fut expulsé au dehors. J'introduisis immédiatement la main gauche dans la matrice et fis une pression extérieure à l'aide de la droite, mais je fus incapable de produire la moindre contraction de l'organe. Pendant tout ce temps, le sang s'écoulait avec abondance du vagin et la malade s'affaiblissait considérablement. J'administrai largement de l'eau-de-vie et de l'ergot de seigle, et dès que j'eus pu me procurer de la glace, j'en introduisis un morceau volumineux dans la cavité de la matrice et je plaçai une vessie de glace sur l'abdomen.

Ces manœuvres ne produisirent aucun effet et j'avais perdu tout espoir de sauver la malade.

En ce moment, je reçus l'assistance de mon confrère le Dr Whipple et de mon père. J'injectai du perclorure de fer dans l'utérus, selon les indications fournies par le Dr Barnes. Dès que l'injection fut effectuée, tout écoulement de sang cessa, bien que l'utérus restât flasque quelque temps encore. Cette dame guérit parfaitement, et s'il n'était survenu une légère *phlegmatia alba dolens* de la cuisse droite, la convalescence n'aurait laissé rien à désirer. Je dois également mentionner que le lendemain et pendant quelques jours ensuite, le vagin fut lavé soigneusement avec le liquide de Condy et de l'eau.

Observation II. — Je fus demandé par le chirurgien-major Ferguson, pour voir à *Women's hospital*, le 9 juillet, la femme d'un soldat qui en était à sa troisième grossesse. Le bassin était rétréci dans son diamètre antéro-postérieur. Dans son premier accouchement, cette femme avait été en travail pendant cent huit heures et dans son deuxième, pendant quatre-vingt-dix-sept. La délivrance s'était faite sans le secours des instruments et les enfants étaient mort-nés. A son troisième accouchement,

le travail durait depuis six heures et la tête était bien engagée dans le pelvis, mais fortement enclavée. Je me décidai à appliquer le forceps, et au bout de peu d'instants, avec une forte traction, l'enfant fut extrait, mais ne vécut qu'une demi-heure. La délivrance se fit sans difficulté et l'utérus se contracta pendant un temps très-court, mais, au bout de quelques minutes, il survint un hémorrhagie tellement abondante que le sang était projeté au loin à une certaine distance du lit.

J'introduisis immédiatement la main gauche dans l'utérus, pour en extraire les caillots et produire la contraction des parois, pendant que l'on versait de l'eau froide sur l'abdomen d'une certaine hauteur et que l'on administrait de l'eau-de-vie. Ces pratiques ne parvinrent pas à arrêter la perte, qui devint cependant moins abondante. Pensant qu'une nouvelle perte de sang pouvait être fatale, j'injectai du perchlorure de fer, l'utérus se contracta enfin, l'hémorrhagie cessa, et j'appris du Dr Ferguson que cette femme s'était admirablement rétablie.

Je pense que la vie de ces deux femmes fut sauvée, par l'usage de l'injection de perchlorure. Dans le premier cas, tous les moyens ordinaires, excepté le galvanisme, avaient été essayés en vain. La malade allait mourir sous nos yeux, et il n'y a pas le moindre doute que la continuation de l'hémorrhagie eût amené un dénouement fatal. — Dans le second cas, la perte était si abondante et si rapide, qu'il est évident que l'arrêt immédiat de l'hémorrhagie a sauvé la vie de la malade, et que cet heureux résultat est dû à l'injection de perchlorure de fer. (*British med. journal* et *Obstetrical journal*, janvier 1875.) Traduit de l'anglais par le Dr A. Leblond.

KYSTE DE L'OVAIRE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

Par Ch. J. Cullingworth,

Chirurgien de l'hopital Sainte-Marie pour femmes et enfants à Manchester.

Le 24 janvier 1874, je fus appelé à faire l'autopsie d'un enfant nouveau-né, du sexe feminin, dont la mère, domestique, était accusée d'avoir caché la naissance.

Le corps était celui d'un enfant à terme et bien développé; il n'existait aucune trace de violence. Le cordon était déchiré à la distance de 3 centimètres environ du corps de l'enfant; au point de jonction de ce cordon avec le corps, il existait une autre déchirure incomplète. Les poumons n'étaient pas complètement remplis d'air; mais, coupés en morceaux et jetés dans l'eau, ils surnageaient. Comme l'accouchement s'était fait sans le secours de personne, et que l'enfant avait été recueilli dans un pot de chambre et laissé là sans secours, il est probable que la mort avait eu lieu par *suffocation*. L'examen cadavérique d'un intérêt médiocre au point de vue légal, en présentait un très-grand au point de vue scientifique. En examinant la cavité abdominale, je trouvai un kyste dans la région iliaque gauche, j'enlevai l'appareil génital dans son entier et le soumis à mon ami le docteur Dreschfeld, médecin assistant de l'infirmerie royale de Manchester, qui en fit un examen détaillé que je vais rapporter ici : « Les organes soumis à mon examen consistent dans les organes sexuels d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, ils paraissent sains et normalement développés, excepté l'ovaire gauche qui mesure seulement 4 millimètres et semble être appendu à une *tumeur kystique* du volume d'une grosse cerise en connexion avec le bord interne de cet organe. La longueur de la surface antérieure de l'utérus est de 24 millimètres; sa cavité mesure 20 millimètres et son fond est large de 12 millimètres; la longueur de la trompe de Fallope du côté droit est de 20 millimètres, à gauche de 21; l'ovaire droit, long de 14 millimètres, est large de 3 millimètres, tandis que l'ovaire gauche mesure seulement 4 millimètres de longueur. Le kyste que nous venons de mentionner adhère en arrière du bord supérieur, près du bord interne de l'ovaire gauche, il mesure 48 millimètres de circonférence sur un plan vertical, et 40 sur un plan horizontal.

« Le kyste est uniloculaire, globuleux, lisse à l'extérieur, et demi-transparent; il est uni à l'ovaire et au ligament large par *un pédicule* un peu élargi, de 6 millimètres; de là, ce pédicule se rétrécit quelque peu avant de se perdre dans le reste du kyste : celui-ci est recouvert en entier par le péritoine; on aperçoit des vaisseaux sanguins sillonnant ses parois.

« Afin de détruire aussi peu que possible la pièce, on se contente d'extraire quelques gouttes du liquide que contient le kyste, au moyen d'une seringue à injections hypodermique et on les examine. Le liquide ainsi retiré était rosé, de la consistance du sérum; fort peu épais, légèrement alcalin, ne se coagulant pas spontanément, mais bien au contact de la chaleur. L'examen microscopique révélait la présence dans son intérieur, d'un grand nombre de granulations, de noyaux libres, de cellules lymphatiques avec un contenu granuleux et des noyaux volumineux et de nombreuses cellules cylindriques à base légèrement conique. Quelques-unes de ces cellules contenaient une matière granuleuse, demi-transparente par place et opaque dans d'autres; toutes elles renfermaient un noyau volumineux très-bien formé, situé près de leur bord libre le plus large.

« Une coupe fine de l'ovaire gauche montre qu'il présente sa structure normale et contient dans son intérieur des ovisacs bien formés (tubes de Pflüger).

« Entre le bord supérieur de l'ovaire et la trompe de Fallope, existe un certain nombre de petits tubes présentant des extrémités en forme de massue, évidemment les vestiges des corps de Wolf.

« Ainsi, on peut déduire du contenu du kyste aussi bien que de sa position, qu'il appartient à l'ovaire et qu'il provient du développement d'un follicule de de Graaf. » (*The obstetrical Journal, octobre 1874*). Traduit de l'anglais par M. Ed. MARTIN, interne des hôpitaux.

REVUE CLINIQUE

MATERNITÉ D'ANGERS.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUIGNARD.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (VARIÉTÉ OVARIQUE); FOETUS A TERME MORT DANS LE KYSTE; MORT DE LA FEMME AU QUATORZIÈME MOIS DE GROSSESSE.

Observation recueillie par M. le Dr Ambroise GUICHARD, professeur suppléant d'accouchements.

Beaurepaire (Marguerite), femme Moelic, âgée de 34 ans, journalière, demeurant à Trelazé, près Angers, est entrée à la Maternité, le 7 mai 1874.

Antécédents. — Cette femme, Bretonne de naissance, est d'une bonne constitution, et n'accuse aucune maladie grave antérieure; elle a eu deux grossesses naturelles, dont la dernière remonte à sept ans; elle s'est parfaitement rétablie.

Cette jeune femme, depuis cette époque, quoique soumise aux brutalités d'un mari ivrogne, a toujours joui d'une santé parfaite; elle n'a pas eu de retard dans les époques menstruelles et aucun signe de grossesse.

L'année dernière (1873), vers le mois de mai, les règles disparurent, et la malade, assez intelligente, affirme avoir éprouvé les mêmes symptômes qu'au début de ses deux précédentes grossesses (nausées, vomissements, gonflement des seins et du ventre, etc.); elle se crut enceinte.

Au mois de septembre, elle perdit du sang à plusieurs reprises; un médecin et une sage-femme furent consultés et la traitèrent pendant quelque temps; l'hémorrhagie cessa.

A ce moment, elle eut des douleurs très-vives dans le ventre, et depuis, elle éprouva une grande gêne à continuer ses travaux de ménage; elle dit que souvent elle était obligée de se coucher dans la journée.

Son ventre allant toujours en augmentant de volume, au mois de novembre et de décembre, elle sentit l'enfant remuer; mais les mouvements ne furent plus perçus vers la fin de janvier.

Dans les premiers jours du mois de février, la femme Beaurepaire crut qu'elle allait accoucher et fit venir la sage-femme; — plus tard, un médecin fut aussi mandé.

Des contractions douloureuses apparurent; elle perdit du sang; un

caillot plus volumineux et d'aspect différent fut montré par la sage-femme au médecin, qui crut reconnaître un morceau de placenta.

La sage-femme, que nous avons interrogée depuis, nous a dit que la malade avait effectivement rendu, au milieu des caillots, comme un morceau de chair de forme ovoïde, et comme nous lui dessinions la forme d'une cavité utérine dilatée et agrandie, elle me dit qu'il était exactement semblable à cette forme. Ce produit était d'un blanc rosé, me dit-elle, et de la consistance de la couenne du caillot d'une saignée; — je reviendrai plus tard sur sa signification.

La malade continua à perdre du sang pendant quelque temps; mais, chose intéressante, ses seins deviennent plus durs; elle perd du lait, et la sécrétion continuait encore à son entrée à la Maternité. Tout rentra à peu près dans l'ordre; mais, n'étant pas rétablie complètement, fatiguée de la tumeur qu'elle portait, ne pouvant travailler, et préoccupée de cette idée, qu'elle était enceinte et que le terme était passé, elle entra à l'Hôtel-Dieu le 7 mai.

Examinée le 15 mai, M. Guignard, médecin en chef de la Maternité, jugea le cas assez intéressant pour provoquer, le lendemain, une consultation avec nos honorables confrères de l'Hôtel-Dieu.

Les avis furent partagés. — Voici les signes que nous avons exposés, après notre examen, et dont l'autopsie vérifia l'exactitude.

Examen du 15 mai :

Les commémoratifs déjà rapportés font porter de suite l'examen sur les seins et l'abdomen.

Les mamelles sont volumineuses, l'aréole et le mamelon sont d'un brun très-foncé (la malade a les cheveux châtains); les tubercules de Montgomery sont proéminents; en pressant le mamelon, il sort du lait en quantité.

L'abdomen est notablement augmenté de volume, et rappelle celui d'une femme au terme de la grossesse.

Dans la station debout, la tumeur bascule en haut et en avant, — en bas, elle est limitée par un sillon, situé à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Si l'on fait coucher la femme, on limite, par *la palpation*, une tumeur ovoïde, développée surtout à droite, remontant supérieurement à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic;—son bord latéral droit suit la direction de la paroi abdominale de ce côté; — son bord latéral gauche est oblique de haut en bas et de droite à gauche, de l'ombilic vers la fosse iliaque gauche. — Inférieurement, on sent sa limite à trois travers de doigt au-dessus du pubis, au niveau du pli cutané; et en palpant profondément à cet endroit, il nous a semblé que la tumeur ne pénétrait pas dans le petit bassin.

Examinons maintenant le *contenu de la tumeur*.

Dans la partie supérieure droite, on perçoit la forme d'un corps

sphéroïdal; un peu plus bas, celle d'un plan résistant plus allongé, et enfin dans la partie gauche et supérieure, on sent de petites extrémités mobiles.

En dehors de ces parties solides, nous avons trouvé une certaine quantité de liquide dans l'intervalle entre les petites parties et la tumeur ovoïde. Notons enfin que, dans la partie supérieure droite, on sent un frottement péritonéal très-marqué.

De cette perception, ajoutée à une certaine mobilité des parties dures, nous avons diagnostiqué un fœtus avec la tête en haut et à droite, le tronc en avant et en bas, et les extrémités inférieures à gauche; de plus, nous pensions que dans le kyste, il devait y avoir un litre environ de liquide.

L'*auscultation* ne nous a donné que des signes négatifs.

Passons au *toucher*.— La femme étant couchée, nous arrivons facilement sur le col, qui est dans la direction de l'axe du vagin; le col est volumineux, ramolli; l'orifice externe entr'ouvert, comme celui d'une multipare, mais n'admettant pas plus de la pulpe du doigt; il était donc impossible d'arriver à l'orifice interne.

On peut imprimer avec le doigt à l'utérus tous les mouvements de latéralité possibles, et l'on ne sent aucune tumeur dans les culs-de-sac; l'utérus ne nous semble pas beaucoup augmenté de volume.

Tous ces symptômes, joints aux commémoratifs, nous avaient fait diagnostiquer une grossesse extra-utérine; poussant plus loin le diagnostic, nous avions pensé à la variété ovarique.

En effet, l'absence de péritonite grave (la malade n'a eu que quelques traces au mois de septembre) nous avait fait exclure la variété péritonéale, et le fœtus, parvenu à terme, éloigner la variété tubaire et interstitielle. Il restait la variété ovarique, qui peut arriver à terme, le fœtus se développant sur l'ovaire à la manière d'un kyste surajouté à l'organe.

Cependant un moyen de certitude nous manquait encore pour affirmer la grossesse extra-utérine, le *cathétérisme utérin*.

Le 17 mai, M. Guignard applique le spéculum, avant d'introduire dans l'utérus une sonde d'homme, en melchior, de calibre ordinaire.

La vulve, le vagin et le col avaient la couleur violacée caractéristique de la grossesse.

La sonde fut introduite facilement dans l'utérus; en cherchant à opérer quelques efforts, la matrice put être relevée; une cuillerée à café d'un liquide citrin s'écoula par la sonde. En résumé, aucune cavité liquide ne fut ouverte, et le cathétérisme ne donna que des signes négatifs.

Un quart d'heure après, la malade fut prise de coliques et de tendance à la lipothymie; comme la malade avait eu précédemment des symptômes de péritonite, la rupture de quelques adhérences amena proba-

blement le développement d'un état aigu (nausées, vomissements, altération du visage; ballonnement et sensibilité exagérée de l'abdomen; pouls petit, élevé, etc.).

En présence de ces symptômes aigus de péritonite généralisée, la malade fut éloignée de la Maternité, où nous avions des accouchées, atteintes d'accidents puerpéraux, et placée dans un pavillon séparé. Un traitement énergique fut institué (larges vésicatoires, sulfate de quinine, toniques généraux, etc.); l'imminence du premier danger fut conjurée.

Pendant les sept semaines que vécut encore la malade, la péritonite passa à l'état chronique. Le ventre n'était plus douloureux qu'à droite autour de la tumeur; le ballonnement avait diminué; dans la tumeur elle-même, le liquide tendait à disparaître, et des parties solides, inégales, bosselées, étaient facilement perçues.

Mais la nutrition générale était profondément altérée; la malade continuait à maigrir; la peau était sèche, terreuse; elle avait de l'inappétence, des vomissements verdâtres revenant assez souvent, de la diarrhée fétide; le pouls et la température s'élevaient le soir; de temps à autre des frissons répétés; la malade était consumée par la fièvre hectique, et elle succombait le 3 juillet à 3 heures du soir.

Autopsie, le 4 juillet à 10 heures du matin, faite en présence de M. Guignard, médecin en chef, et de nos honorables confrères de l'Hôtel-Dieu.

Le corps de la femme Beaurepaire présente un amaigrissement considérable; la peau est sèche, jaunâtre; il n'y a pas d'œdème, ni de la paroi abdominale ni des extrémités inférieures; malgré l'extrême chaleur, la putréfaction n'est pas très-avancée.

L'abdomen est ouvert crucialement, et les lambeaux déjetés en dehors et en haut.

Le grand épiploon présente une teinte noirâtre; à gauche, de nombreuses brides péritonéales réunissent les différentes parties de l'intestin.

A droite, du côté de la tumeur, en disséquant avec beaucoup de soin, on met à découvert une enveloppe kystique, qui est très-adhérente à la paroi abdominale inférieure; à ce niveau, il s'écoule du pus jaune verdâtre très-épais, et la paroi est amincie.

Les adhérences du kyste avec la paroi sont coupées avec des ciseaux; on incise la paroi antérieure du kyste, dont l'épaisseur n'est que de 2 à 3 millimètres, et l'on met à découvert le contenu.

De la poche, qui peut mesurer 20 centimètres de hauteur sur 15 centimètres de largeur, on extrait un fœtus, du volume d'un *enfant à terme avec le cordon et le placenta.*

Le *fœtus* est pelotonné sur lui-même dans l'attitude ordinaire qu'il occupe dans l'utérus; la tête est en haut et à droite, le tronc dirigé

obliquement de haut en bas et de droite à gauche. Mesuré en allongeant les membres inférieurs, il a 45 centimètres de longueur; son poids, sans le placenta, est de 1,200 grammes. Voici quelques-uns de ses principaux diamètres : diamètre occipito-mentonnier, 13 cent.; — D. biacromial, 10 cent.; — D. biiliaque, 9 cent.; ils se rapprochent sensiblement des diamètres normaux du fœtus à terme.

La paroi interne de la tumeur est épaissie, et ressemble à celle de la cavité d'un abcès. La quantité de pus contenue est peu considérable, un verre au plus.

Le *placenta*, qui a beaucoup diminué de volume, a subi la fonte purulente; on pourrait le comparer au tissu cellulaire sphacélé et infiltré de pus du phlegmon diffus; ses adhérences à la paroi ont été détruites par le travail inflammatoire, et il est impossible de préciser son lieu d'insertion.

Le *cordon placentaire* a aussi perdu ses caractères; il est réduit à un cordon étroit, décoloré; il a tout au plus 30 centimètres de longueur.

Le *fœtus*, de sexe féminin, a subi des transformations intéressantes. Le cuir chevelu s'est ramolli et, au niveau de la suture sagittale, les bords des pariétaux ont été mis à nu. Les os du crâne, présentant l'ossification ordinaire du fœtus à terme, chevauchent facilement, et il eût fallu peu de temps pour amener leur disjonction complète les uns des autres, et leur sortie eût été possible à travers la paroi abdominale.

Le bras droit du fœtus est aplati, diminué de volume, comme momifié; il est mou et on dirait le squelette absent; celui-ci n'est seulement que ramolli; l'articulation du coude est ouverte et laisse les os à nu.

Quant au membre inférieur droit, l'articulation du genou est ouverte; la capsule articulaire détruite; les extrémités épiphysaires du fémur, du tibia, du péroné sont à découvert. Un commencement de résorption a atteint les deux membres du même côté droit.

Nous ajouterons que le fœtus tout entier paraît avoir subi un commencement d'atrophie dans ses parties molles; sa couleur est blafarde; à la coupe, ses tissus sont décolorés, jaunâtres; ils passaient au gras de cadavre.

La peau était détruite, comme nous l'avons dit, au niveau de la grande fontanelle, et des articulations du coude et du genou; aussi, dans une grande étendue, à la partie postérieure du cou; les vertèbres cervicales étaient à nu, sa surface était recouverte d'un enduit purulent épais, et, dans différents points, au cuir chevelu, au membre inférieur droit et dans le dos, il commençait à se déposer des granulations de sels terreux, phosphates et carbonates calcaires, très-probablement, qui auraient été, en cas de survie, la transformation ultime du fœtus.

Il nous reste à examiner les *rapports du kyste fœtal avec les organes voisins.*

Des adhérences minces transparentes, allongées, l'unissent au foie, au côlon ascendant et transverse, et à l'intestin grêle.

L'intérêt se reporte naturellement vers les organes génitaux.

Par deux traits de scie, on enlève la partie médiane de la branche horizontale du pubis et de l'arcade pubienne; on met à nu et on ouvre la *vessie*, qui est petite et ne présente rien d'anormal.

La vessie relevée, l'*utérus* apparaît tout à fait indépendant de la tumeur; son diamètre vertical mesure 7 centimètres, son diamètre transversal, 5 centimètres.

Le vagin ouvert, on arrive sur le col utérin; on ouvre la cavité utérine. Sa forme est celle d'un utérus multipare en dehors de la grossesse; la muqueuse est rosée et ne présente pas d'altération; ni membranes ni mucosités ne sont renfermées dans la cavité.

Le kyste ayant des rapports seulement à droite avec les organes génitaux internes, on détruit les adhérences nombreuses qui sont dans le cul-de-sac rétro-utérin; on détruit aussi celles qui retiennent la trompe et l'ovaire gauches, lesquels sont normaux et libres.

A droite on fait une dissection complète du kyste, et on le sépare de l'intestin et de la paroi abdominale, auxquels il adhère entièrement; on incise transversalement le tiers supérieur du vagin; on met ainsi sur la table l'utérus avec les annexes du côté droit et du côté gauche et la paroi du kyste.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, à gauche l'ovaire et la trompe, unis seulement par des adhérences péritonéales, ne présentent rien d'anormal dans leur structure.

A droite, la paroi inférieure du kyste est en rapport immédiat avec la surface de l'*ovaire* avec lequel elle fait corps; l'ovaire est aplati, allongé, présentant une forme elliptique; son tissu se reconnaît facilement à la coupe; il n'a que 2 à 3 millimètres d'épaisseur, et est logé dans la paroi.

La *trompe droite* est parfaitement reconnaissable, complètement indépendante de la paroi de la poche fœtale dans sa partie interne qui est libre dans toute son étendue. Son extrémité externe seule adhère au kyste à droite et près de l'ovaire par sa partie flottante, mais elle n'est pas augmentée de volume.

En résumé, il est bien établi, pour tous nos honorables confrères, que le point de départ du développement de la grossesse extra-utérine n'a pas eu lieu dans la trompe, mais dans l'ovaire; car, tandis que l'ovaire gauche a la forme ovoïde normale, l'ovaire droit est aminci, aplati et allongé dans ses diamètres. Mais la grossesse ovarique s'est-elle développée à la surface de l'ovaire ou dans son tissu propre? La première hypothèse nous paraît la plus admissible.

Réflexions. — Nous n'avons plus maintenant à exercer notre sagacité au point de vue du diagnostic, revenons sur quelques points principaux.

D'abord, dans quelle condition est née cette grossesse? Nos questions à cet égard n'ont pu éclaircir ce point intéressant; rappelons que le mari est brutal et ivrogne, et que les émotions, en général, ont été indiquées comme cause possible.

Résumons les signes présentés : la femme Beaurepaire a vu ses règles se supprimer au mois de mai 1873; ayant déjà eu deux enfants, elle dit avoir éprouvé les mêmes sensations que dans ses précédentes grossesses.

Mais, au mois de septembre, la malade eut plusieurs pertes de sang, et aussi, à cette époque (quatre mois de grossesse), des accidents péritonéaux.

Nous ne voulons pas faire l'histoire des grossesses extra-utérines, dont les points principaux ont été si judicieusement mis en relief par M. Duguet, professeur agrégé de la Faculté, dans les *Annales de gynécologie;* mais nous ferons remarquer qu'aux signes de probabilité de la grossesse, en général, sont venus s'ajouter les *signes de probabilité de la grossesse extra-utérine.* En effet, les hémorrhagies, les accidents péritonéaux sont notés dans la remarquable observation de grossesse tubaire, à laquelle je fais allusion, et c'est le peu d'intensité de ces signes qui nous avait fait admettre une grossesse ovarique.

Aux mois de novembre et décembre (sixième et septième mois de grossesse), la femme Beaurepaire sentit des mouvements actifs du fœtus; la certitude n'est pas encore absolue, puisqu'une personne de l'art ne les a pas perçus.

Mais, à la fin du mois de février (neuvième mois), la malade crut à un commencement d'accouchement, et fit appeler une sage-femme et un médecin; elle perdit des caillots de sang et rendit, au milieu d'eux, un morceau plus consistant, oblong, ressemblant à la couenne d'un caillot; le médecin crut reconnaître une partie du placenta. Aujourd'hui que le diagnostic grossesse extra-utérine nous est connu, l'hypothèse que nous avons faite est hors de contestation : c'est bien une caduque utérine, que la malade a perdue à ce moment. Notons que cette

erreur de diagnostic a été signalée et que plusieurs fois l'expulsion d'une caduque a fait croire à la sortie du placenta.

Les signes du côté des mamelles : écoulement du lait, etc., viennent confirmer l'apparition d'un faux travail au mois de février.

A quelle époque l'enfant est-il mort? Après la cessation des mouvements actifs, ou à l'époque présumée du terme de la grossesse? Nous ne pouvons rien affirmer.

Si des hémorrhagies ont continué quelque temps, l'on peut se demander si elles proviennent de la chute de la caduque, pendant la reformation de la muqueuse utérine, ou si une nouvelle ponte ovarique n'a pas amené une véritable menstruation.

Quand nous avons examiné la malade à son entrée à la Maternité, ces symptômes avaient disparu, il ne restait qu'une tumeur abdominale, située dans le côté droit, et contenant, au milieu de liquide, un corps solide, inégal; nous ne reviendrons pas sur les caractères que nous avons déjà donnés, et qui nous ont fait croire à la présence d'un fœtus mort, n'ayant trouvé aucun des signes certains de la vie.

A l'hystéromètre, les symptômes ont été aussi négatifs; cependant, à l'examen du 17 mai, la vulve, le vagin et le col avaient encore la coloration violacée caractéristique de la grossesse : le col était ramolli et volumineux, caractères que nous n'avons plus trouvés dans des examens ultérieurs, après la rémission des accidents péritonéaux.

Un dernier point reste à élucider, le *traitement?* A la consultation du 16 mai, tons nos honorables confrères ont été d'avis qu'il n'y avait aucune operation immédiate à pratiquer, et qu'il fallait attendre; mais une péritonite généralisée et l'inflammation du kyste sont venues changer les prévisions. Le kyste avait notablement diminué de volume; le liquide avait presque entièrement disparu. La paroi abdominale amincie aurait fini par se perforer et donner issue au fœtus.

Après l'autopsie, l'on est en droit de se demander, la péritonite étant réduite à des adhérences sans épanchement purulent, et étant dans sa marche et ses symptômes en voie de ré-

grossion, s'il était possible de pratiquer l'ouverture du kyste, et d'obtenir la sortie de l'enfant. La délivrance eût été facile, le placenta n'étant plus adhérent, et, par suite, l'hémorrhagie n'étant plus à craindre. Par un traitement approprié, détersif et désinfectant, on aurait pu amener le retrait de la poche, et la cure radicale.

Telle est la dernière pensée que nous livrons aux méditations des observateurs de l'avenir.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Les mamelons extirpés sur de jeunes cochons d'Inde ne se régénérent point. — M. Philippeaux communique la note suivante :

J'ai extirpé, le 10 juin 1874, sur onze cochons d'Inde âgés de 4 jours (cinq mâles et six femelles), les mamelons; j'ai laissé vivre les animaux en les faisant bien soigner. Les femelles sont devenues mères et toutes ont mis bas les 2, 10, 12, 20, 25 et 28 décembre de la même année, des petits bien vivants.

On sait que les mamelles, chez les mammifères, se développent plus particulièrement pendant la gestation, afin de pouvoir sécréter le lait nécessaire à nourrir les jeunes petits. Or, les petits nés de ces femelles sont morts du premier au cinquième jour, n'ayant pu être allaités.

J'ai examiné l'état des organes de la lactation; aucun mamelon ne s'était régénéré. Les glandes mammaires s'étaient développées, ainsi que les canaux galactophores; mais on conçoit que l'allaitement n'était pas possible, puisqu'il n'y avait ni mamelons, ni orifices quelconques faisant communiquer le canal galactophore avec l'extérieur.

D'après ces nouveaux faits, je crois pouvoir conclure que, toutes les fois qu'on extirpe complètement le mamelon chez une femelle de cochon d'Inde même extrêmement jeune, cet organe ne se régénère point.

Ces expériences ont été faites dans le laboratoire de physiologie générale de M. Claude Bernard, au Muséum d'histoire naturelle. (*Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, séance du 8 février 1875, t. LXXX, n° 6.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Succussion hippocratique entendue dans un kyste de l'ovaire. — M. Laboulbène fait part à l'Académie d'un fait aussi intéressant que rare.

Il s'agit d'une femme entrée, depuis quelques semaines, dans son service, à l'hôpital Necker, et qui, lors du premier examen, présentait, dans le côté gauche de l'abdomen, une tumeur du volume d'une tête d'adulte, de 15 centimètres de longueur environ; tumeur parfaitement arrondie, mate à la percussion et fluctuante à la palpation. M. Laboulbène diagnostiqua un kyste de l'ovaire probablement uniloculaire.

Pendant un mois environ, les choses restèrent dans cet état; mais, au bout de ce temps, il survint de la fièvre; la tumeur, jusque-là indolente, devint douloureuse; puis la peau rougit et s'amincit (ce matin, l'amincissement était considérable, et il est probable qu'il s'y fera prochainement une ouverture spontanée). En même temps, on constatait de la sonorité au lieu de lamatité, et, en agitant fortement la malade, on entendait un bruit comparable à celui d'une carafe à *moitié* remplie d'eau.

M. Laboulbène appliqua alors son oreille sur le ventre et, en imprimant des secousses au corps de la femme, il perçut nettement le bruit désigné sous le nom de succussion hippocratique, avec le tintement métallique particulier à ce bruit. Les urines ne présentaient aucune altération particulière, non plus que les excrétions alvines, ce qui faisait rejeter l'idée d'une communication entre le kyste et les organes creux du voisinage. La fermentation seule, en s'emparant du liquide renfermé dans le kyste, avait pu amener la production de gaz dans cette cavité close. Ceci est important à noter, car, dans la plèvre, en cas de succussion hippocratique, on n'admet pas qu'il ait pu se produire spontanément d'hydropneumothorax. La malade dont il s'agit a été vue par MM. Chauffard et Delpech.

M. Delpech confirme le récit de M. Laboulbène.

M. Depaul exprime un double étonnement. D'abord, il lui semble insolite qu'un kyste ovarique puisse ainsi s'ouvrir, comme un abcès, à la surface de l'abdomen; ensuite, il a peine à admettre la formation spontanée de gaz dans la tumeur. Il peut se faire, entre une tumeur semblable et une anse intestinale, des adhérences et une communication fistuleuse disposée de telle façon que les gaz peuvent passer dans un sens sans refluer dans l'autre. M. Depaul en a vu récemment un exemple chez une femme qui, portant une tumeur formée par une grossesse péritonéale extra-utérine, avait présenté des accidents tout à fait comparables à ceux que vient de rapporter M. Laboulbène : in-

flammation de la poche, douleurs, sonorité à la percussion et succussion hippocratique. Une petite fistule oblique mettait en communication le gros intestin avec la tumeur.

M. Laboulbène ne conteste pas la possibilité d'une semblable fistule. Du reste, il compte tenir ses collègues de l'Académie au courant de ce qui pourra survenir dans la suite. (Séance du 26 janvier 1875.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Sur une simplification opératoire, applicable à l'ablation de certains polypes de l'utérus. — M. Guéniot lit la note suivante sur l'ablation des corps fibreux de l'utérus.

Entre la matrice gravide et la matrice affectée de fibrome, il existe une analogie frappante, déjà depuis longtemps signalée. L'augmentation de volume de l'organe, le développement de ses fibres musculaires et de ses vaisseaux sanguins, l'apparition fréquente d'un bruit de souffle dans ses parois, enfin la manifestation d'une contractilité puissante, destinée à expulser le corps étranger, constituent tout une série de phénomènes qui sont communs aux deux états précités.

L'analogie dans le contenu, quoique moins accusée que celle qu'on observe dans le contenant, mérite aussi d'être particulièrement remarquée. Lorsque le fibrome est pédiculé, il présente, en effet, au double point de vue anatomique et fonctionnel, plusieurs traits évidents de ressemblance avec le produit de la conception. Ainsi le néoplasme, de même que le fœtus, offre une consistance solide et des dimensions qui, presque toujours nécessitent, pour son expulsion, l'effacement et la dilatation préalables du col de la matrice. Comme le fœtus encore, il se trouve d'ordinaire isolé de la paroi utérine par un espace (réel ou virtuel) plus ou moins étendu, et ne puise dans l'organe ses éléments de nutrition qu'à travers un étroit pédicule.

Enfin, s'il s'agit d'extraire artificiellement le fœtus ou de pratiquer l'ablation d'un polype, il n'est pas jusqu'aux procédés opératoires qui n'offrent parfois, dans l'un et l'autre cas, des particularités tout à fait comparables. Par exemple, le forceps *obstétrical* n'est-il pas souvent employé pour entraîner au dehors les gros polypes? Et le *céphalotribe* n'a-t-il pas été différentes fois utilisé pour broyer sur place ces corps parasitaires? D'une autre part, dans l'opération de la décollation du fœtus, c'est-à-dire lorsque, celui-ci étant mort en présentation du tronc, la rétraction tétanique de la matrice oblige l'accoucheur à le fragmenter, n'est-il pas de règle d'abaisser autant que possible la région cervicale, à l'aide de tractions faites soit sur le bras, soit directement sur le cou lui-même? Or, dans les excisions de polype, c'est aussi un précepte généralement suivi que d'attirer avec de

fortes pinces la tumeur vers la vulve, afin de rendre son pédicule plus accessible aux instruments. Bien plus, les moyens ordinairement usités pour effectuer la section se trouvent être, dans les deux cas, exactement les mêmes et consistent, tantôt dans l'emploi de longs ciseaux, tantôt dans la striction d'une anse coupante, telle que celle du serre-nœud ou de l'écraseur linéaire.

Si j'ai rappelé devant la Société ces diverses analogies, c'est que la simplification opératoire, dont je désire l'entretenir, dérive en droite ligne du mode d'application du forceps *dans la cavité utérine*, et qu'ainsi leur exposé m'a paru constituer une introduction toute naturelle à mon sujet.

On sait que certains fibroïdes, après avoir provoqué de nombreuses hémorrhagies, finissent par franchir l'ouverture de la matrice et par s'avancer jusque vers l'orifice vulvaire. Si le polype est volumineux, le vagin se trouve de la sorte entièrement obstrué et les attaches de la tumeur se soustraient à toute exploration directe. De là, au point de vue du diagnostic, des difficultés spéciales et, pour le chirurgien, une grande perplexité relativement à l'opération. Dans un cas de ce genre, je dus pratiquer la section, presque à l'aventure, en plein tissu morbide ; et dans un autre, je jugeai prudent de renoncer à toute tentative d'excision. Le fait si intéressant et si démonstratif, que nous a présenté M. Tillaux, est d'ailleurs encore trop récent pour qu'il soit nécessaire de m'appesantir sur ce point.

C'est en raison de ces difficultés diagnostiques et opératoires que, contrairement à l'opinion de notre vénérable collègue, M. Hervez de Chégoin, je ne puis accepter qu'une longue expectation, beaucoup de patience et d'attermoiement soient de bonne pratique dans le traitement chirurgical de certains fibroïdes. Pour les tumeurs inopérables, oui sans doute, c'est là l'unique conduite à suivre. Mais, à mon avis, il ne saurait en être de même pour celles que nous trouvons accessibles à l'action des instruments. Trop attendre, en pareil cas, c'est s'exposer à subir les inconvénients que je viens de signaler. Au contraire, intervenir de bonne heure (toute précipitation mise à part), c'est épargner à la malade une longue suite de souffrances et d'hémorrhagies, en même temps que se procurer à soi-même une plus grande sécurité opératoire.

Mais que doit-on entendre par ces mots : *tumeur accessible à l'action des instruments ?* Il importe que cette condition du polype soit ici nettement déterminée.

On admettra volontiers, je pense, comme un fait indiscutable, que plus le vagin et la cavité pelvienne restent libres, plus aussi les opérations qui intéressent la matrice se trouvent être relativement faciles. Dans la pratique obstétricale, cette vérité est souvent mise en évidence lorsqu'il s'agit de manœuvrer au-dessus du détroit abdomi-

nal ou dans le haut de l'excavation. Au contraire, qu'une partie notable du fœtus ou une tumeur quelconque occupe la voie, l'opérateur en éprouvera une gêne proportionnée au degré de l'obstruction. Or, dans l'état de vacuité de la femme, il en est exactement de même pour les cas qui relèvent de la chirurgie proprement dite. Les polypes fibreux, en particulier, rentrent complètement dans l'espèce.

Comment donc une opinion, sinon opposée, du moins assez différente, a-t-elle pu prévaloir, *en fait*, dans la pratique des opérations dirigées contre ces tumeurs? Pourquoi, en d'autres termes, avant de tenter l'excision d'un fibroïde, veut-on généralement que celui-ci ai pénétré d'une certaine longueur dans le vagin? Sans aucun doute, c'est dans l'idée que la tumeur, étant ainsi plus accessible, sera plus efficacement saisie et entraînée vers la vulve; c'est aussi, pense-t-on, parce que ses attaches auront subi un réel amincissement et que, se rapprochant de l'extérieur, elles deviendront par cela même plus faciles à sectionner. Dans l'opinion commune, le vrai temps d'élection, le moment opportun pour exécuter l'opération, est donc celui où la tumeur occupe une portion plus ou moins notable de la cavité du vagin. Eh bien, quoique fondée à certains égards, je n'hésite pas à dire que cette manière de voir est passible de graves objections.

En effet, lorsque le polype approche peu à peu de la vulve, ce n'est point en vertu d'une descente en masse de la tumeur, mais bien en raison du développement graduel de son volume; de telle sorte que, si son extrémité libre s'avance vers l'extérieur, ses attaches n'en conservent pas moins la même élévation. D'une autre part, tout en admettant que le fibroïde puisse être alors mieux saisi et plus sûrement abaissé, on ne saurait contester que sa présence dans le vagin rendra nécessairement l'accès du pédicule plus difficile et, par conséquent, annihilera en grande partie l'avantage qu'on se flattait d'obtenir. Je n'ignore pas qu'en attirant la tumeur complètement au dehors, on peut d'ordinaire parer à l'inconvénient; mais c'est là une manœuvre violente, quelquefois fort dangereuse et qui n'éclaire pas toujours avec sûreté la main de l'opérateur. Le cas relaté par notre collègue, M. Tillaux, en témoigne suffisamment.

De cet examen critique, il me semble permis de conclure, que le chirurgien trouverait un réel profit à ne pas différer l'ablation aussi longtemps qu'on a coutume de le faire. Les tumeurs encore renfermées dans la matrice sont, en effet, susceptibles d'être excisées par broiement linéaire, avec une facilité au moins égale à celle que nous connaissons pour les tumeurs qui ont envahi une portion du vagin; et je ne crains pas d'avancer, que souvent on pourrait agir, dans le premier cas, avec une sécurité plus grande que dans le second.

Pour moi donc, alors même que le polype se trouve encore totalement inclus dans la cavité utérine — pourvu que celle-ci offre une

dilatation de son ouverture, — je considère la tumeur comme étant, en général, parfaitement accessible à nos moyens d'excision. La suite de ce travail suffira, je pense, à démontrer la justesse de cette manière de voir; car le but de ma communication est précisément de montrer qu'à l'aide d'une simplification dans la pratique de l'opération, on peut atteindre, d'une façon relativement facile, les attaches d'un fibroïde situé à une telle profondeur.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'obstétrique vétérinaire, par M. SAINT-CYR, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon. (Chez Asselin, libraire-éditeur de la Faculté de médecine de Paris. Prix 14 fr.)

Le traité complet de la parturition des principales femelles domestiques, par le professeur Raynard, a précédé le traité d'obstétrique actuel et on ne peut que féliciter M. Saint-Cyr d'avoir rendu un hommage mérité à l'ouvrage de son prédécesseur.

Le livre de Raynard épuisé, M. Saint-Cyr a eu la pensée de le remplacer par un traité plus à la hauteur de nos connaissances actuelles; sans nous permettre de juger les questions de doctrines et de faits sur lesquels il serait imprudent à nous d'avoir un avis motivé, nous pensons que l'auteur a fait une œuvre destinée à devenir classique.

Sauf dans quelques rares parties, la distribution du livre est méthodique. Elle est d'ailleurs calquée sur la marche suivie par les traités d'accouchements, mais non peut-être par les meilleurs; car l'auteur, mal au courant de l'obstétrique humaine, nous présente comme ouvrages estimés, certains traités que nous considérons comme des compilations sans autorité aucune.

De plus, nous avons été surpris de ne trouver dans l'Introduction, ni les noms de P. Dubois, ni ceux de Tarnier et Pénard, le premier ayant eu l'honneur d'indiquer le véritable mode d'exposition de l'obstétrique et les derniers en ayant fait l'application.

Le livre de M. Saint-Cyr est divisé en deux parties; la première comprend l'*eutocie*, la seconde, la *dystocie*, terminée par l'exposé des opérations obstétricales et l'étude des accidents consécutifs au part.

Cette marche est bonne et classique, mais nous reprocherons à l'auteur de ne point avoir évité la faute commise autrefois par Cazeaux, c'est-à-dire d'avoir fait suivre l'étude de la grossesse normale par la

description de l'avortement avant d'avoir décrit la parturition naturelle. Ce n'est point le lieu d'indiquer les inconvénients de cette marche.

Dans la première partie, nous avons été particulièrement intéressé par l'histoire du *rut* et de la *gestation*. Dans le chapitre *« sur les chaleurs, »* il faut signaler surtout ce fait nouveau, à savoir que certaines femelles présenteraient le phénomène du rut alors qu'elles sont déjà dans une période avancée de gestation normale. Il est vrai que cette assertion, d'une si grande importance, au point de vue de l'espèce humaine, n'est pas rapportée *de visu*, mais d'après les observations du père de l'auteur. Comme nous avons recherché autrefois dans les travaux des zoologistes les exceptions analogues sans pouvoir en rencontrer, d'un autre côté, les vétérinaires eux-mêmes, regardant ces faits comme en opposition avec l'observation journalière, il serait bien désirable qu'une pareille anomalie fût mise hors de doute par une constatation indiscutable. Nous ne saurions trop recommander dans cette première partie la lecture du livre IV consacré au *part naturel*. Autant qu'il nous est donné d'en juger, ce chapitre extrêmement bien fait présentera un intérêt aussi grand aux vétérinaires qu'aux accoucheurs; la description des phénomènes physiologiques et mécaniques de l'expulsion sont décrits avec une clarté et une méthode que peuvent envier nos meilleurs traités d'obstétrique humaine.

La *dystocie* est divisée en *maternelle* et *fœtale*, toutes les difficultés sont décrites avec un soin minutieux et une clarté parfaite. Nous ne sommes point en mesure, on le comprend, d'apprécier la valeur et la vérité des descriptions; les vétérinaires instruits, et ils sont nombreux, peuvent seuls juger le fond avec compétence.

La dernière partie de l'ouvrage est remplie tout entière par la description des *opérations obstétricales et des maladies des femelles après le part*.

On remarquera principalement le chapitre sur l'emploi de la force dans les accouchements laborieux. A ce propos l'auteur a cru devoir faire une courte excursion dans notre domaine, et il a été moins heureux, comme cela devait être, que sur son terrain familier.

Sous l'étiquette trompeuse de *tractions soutenues*, quelques médecins ont préconisé dans les accouchements les *tractions mécaniques* à l'aide d'appareils très-divers. Les *tractions soutenues* n'appartiennent à personne, par ce fait, qu'elles sont depuis un siècle à tout le monde; je les enseigne, pour mon compte, depuis trente ans, mais les tractions à l'aide de mécanismes divers sont bien la propriété de leurs différents auteurs, et avec P. Dubois, Velpeau et tous les hommes vraiment expérimentés en accouchements, nous les repoussons. Qu'en vétérinaire, la roue, le treuil et le cabestan aient leur cas d'application, nous ne nous en faisons pas juges et confessons notre incompétence, mais en accouchements nous déclarons que l'approbation de tous les

savants du monde, si ce ne sont pas des accoucheurs vieillis dans la profession, n'ont aucune espèce d'autorité à nos yeux, pas plus que les prétendus succès dont nous connaissons parfaitement la véritable valeur. Quoi qu'en puisse dire M. Saint-Cyr et tous les membres de l'Institut (savants éminents dont je ne voudrais pas pour m'accoucher si j'étais femme, sachant ce que je sais), c'est une question jugée et mon dernier mot d'il y a vingt ans est encore le bon.

En prenant parti dans la question de la mécanique appliquée aux accouchements humains, l'auteur du traité d'obstétrique vétérinaire a donné une preuve nouvelle de cette vérité qu'on ne peut juger sainement un procès qu'en connaissant à fond la question et avec toutes les pièces sous les yeux. Dans certaines citations empruntées aux tractions par les treuils, il y autant d'erreurs que de lignes. L'auteur croit que l'avenir est à la mécanique en accouchement, je le crois comme lui. L'avenir, toujours. Entre les mains des hommes instruits, le présent, c'est autre chose. L'auteur s'est évidemment laissé entraîner par un intérêt de clocher, car il avoue que la question appliquée à l'obstétrique humaine intéresse peu le vétérinaire.

M. Saint-Cyr a jugé très-pratiquement l'emploi des forces mécaniques en obstétrique vétérinaire, je le suppose, je veux le croire, mais je me garderais bien d'émettre une opinion formelle à cet égard dans la crainte de faire sourire les vétérinaires expérimentés, seuls juges en cette question.

De même, l'auteur du traité d'obstétrique vétérinaire a probablement apprécié avec justesse la valeur de l'anesthésie dans le part des animaux domestiques, mais il a conclu très-faussement et à côté de la vérité, à propos des accouchements naturels.

Et cela devait être. Si, nous accoucheurs, nous voulons juger des faits et des doctrines vétérinaires, si nous voulons nous prononcer entre deux opinions contraires soutenues par deux praticiens éminents, nous risquons fort de tomber à côté du juste. *Chacun son métier...., les vaches seront bien accouchées.*

Quoi qu'il en soit de ces légères divergences, nous remercions M. Saint-Cyr du plaisir que la lecture de son livre nous a fait, et nous ne doutons pas que la faveur publique ne le récompense de ses travaux. Nous ajouterons qu'il a, certes, fallu plus de vingt ans d'études et de recherches pour être à même d'écrire un traité comme celui-là. De plus, l'auteur est professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, il a contribué par son enseignemet et il continue à contribuer par ce travail au développement de la richesse du pays; or, le fait paraîtra incroyable, mais on nous l'a affirmé, le professeur Saint-Cyr n'est pas même décoré, quand des jeunes gens de vingt ans! Il est vrai que « les services *exceptionnels* » sont nécessairement courts, et comme les siens se continuent depuis tant d'années. C'est un argument.

Professeur PAJOT.

VARIÉTÉS.

Hystéromètre porte-caustique du Dr SIREDEY. — Dans le courant du mois de janvier 1874, M. Lavoyenne présentait, à la Société des sciences médicales de Lyon, un instrument qu'il désignait sous le nom d'hystéromètre porte-caustique, et qui ne diffère en aucun point d'un instrument semblable, construit par M. Capron, fabricant d'instruments, sur les indications de M. le Dr Siredey. La description se trouve dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique* du mois de SEPTEMBRE 1872.

M. Laroyenne donne, de son hystéromètre, la description suivante :

« L'instrument a la forme d'un hystéromètre, creusé, à son extrémité, de deux petites cuvettes.

« Ces deux cuvettes sont remplies, comme celles du porte-caustique uréthral de Lallemand, de nitrate d'argent fondu. Cette sonde, qui a la forme et les dimensions d'un hystéromètre de faible diamètre, peut toujours s'introduire avec facilité dans la cavité utérine pour en modifier la surface... » (1).

Qu'il nous soit permis de rappeler maintenant la description qui fut donnée, en 1872, de l'hystéromètre porte-cautique de M. Siredey, par M. Lucas Championnière, ainsi que la figure qui fut publiée en même temps :

« L'instrument a la forme et les dimensions d'un hystéromètre ordinaire. La courbure, en argent, présente une double gouttière; une excavation siégeant à la concavité, l'autre à la convexité de l'instrument.

« On prépare l'instrument de la façon suivante : on place, dans une capsule de porcelaine, une certaine quantité de nitrate d'argent que l'on fait fondre en chauffant progressivement avec une lampe à alcool; quand la fusion est obtenue, on retire la lampe; puis on plonge et on replonge l'extrémité de la sonde dans le liquide jusqu'à ce que les cuvettes soient pleines et l'extrémité de la sonde recouverte d'une couche de caustique. On obtient ainsi une sorte de crayon courbe formé sur un mandrin résistant, la tige autour de laquelle adhère solidement une couche de nitrate d'argent.

« Le résultat est bien préférable à celui que l'on obtient

(1) *Lyon méd.*, 1874, n. 11, et *Annales de gynécologie*, t. II, p. 362.

avec le procédé proposé pour remplir la cuvette du porte-caustique de Lallemand, qui consiste à chauffer à la flamme d'une lampe la cuvette remplie de nitrate d'argent. Il ne reste guère, sur l'instrument, que de l'oxyde d'argent; celui-ci jouit bien de la propriété de noircir les doigts ou les divers tissus, mais n'exerce aucune action caustique. Par cet autre procédé aucune décomposition n'est à redouter.

« Quand l'instrument est ainsi chargé, l'introduction n'en est pas plus difficile que celle d'un hystéromètre ordinaire. Cependant, pour l'employer, M. Siredey recommande quelques précautions importantes. Il cathétérise toujours au préalable avec la sonde simple, pour s'assurer de la direction à donner à l'instrument; il emploie même des sondes plus volumineuses que le porte-caustique, de telle sorte que, si elles passent bien, l'instrument passe plus facilement encore.

« Tout étant préparé, il peut ainsi introduire, d'un seul coup, son porte-caustique jusqu'au fond de l'utérus, sans aucun tâtonnement. On surprend en quelque sorte l'utérus, et l'orifice interne est franchi

« On sent aussitôt que la matrice se durcit et comprime l'instrument; toute l'étendue de la cavité utérine est bientôt imprégnée de nitrate d'argent. Quand on suppose que l'effet produit est obtenu, après dix, vingt secondes au plus, on retire l'instrument qui ne laisse rien après lui dans la cavité utérine.

« M. Siredey a déjà nombre de fois pratiqué cette petite opération sans provoquer aucun accident ni de douleurs bien vives, sauf quelques coliques succédant à l'opération. S'il prescrit le repos immédiatement après, c'est par mesure de prudence » (1).

Nous avons tenu à rapporter textuellement la description qui précède, afin qu'il soit bien constaté que l'instrument inventé par M. Laroyenne est, en tous points, semblable à celui de M. Siredey.

Terminons en faisant remarquer que le procédé employé par M. Laroyenne, pour remplir de nitrate d'argent les cuvettes de l'hystéromètre, est très-défectueux, en ce sens que le nitrate d'argent, fondu à la flamme de la lampe, se transforme presque complètement en oxyde d'argent, tandis qu'en chargeant la sonde, suivant les indications de M. Siredey, celle-ci est recouverte du sel parfaitement pur.

A. Leblond.

---

(1) *Journal de méd. et de chir. prat.*, septembre 1872, p. 388.

De l'emploi du tannin dans le coryza des nouveau-nés. — Le coryza qui, chez l'adulte, ne présente que des inconvénients faciles à supporter, devient autrement grave quand il s'attaque à l'enfant dans les premiers mois qui suivent la naissance.

L'occlusion des fosses nasales, due au boursouflement de la muqueuse, peut menacer directement la vie en rendant impossibles les efforts de succion du sujet encore à la mamelle. Il faut donc agir immédiatement, et, il faut le reconnaître, les moyens proposés jusqu'ici sont restés tous absolument infructueux. Voici un moyen que nous indique la *Tribune médicale* et qui permet de conjurer le danger.

Après avoir fait préparer la pommade suivante :

R.	Tannin.................	0,05
	Axonge.................	5 grammes
	Teinture de vanille......	5 gouttes.

On roule, entre le pouce et l'index, un très-petit carré de papier, de façon à en faire un cylindre plein, mais si peu rigide, qu'il plie au moindre mouvement latéral que fait l'enfant quand on le lui introduit dans les narines; puis, après l'avoir enduit de la pommade ci-dessus, on le fait pénétrer assez profondément dans chaque fosse nasale.

De la sorte, on provoque très-souvent un ou deux accès d'éternument très-salutaires, et bientôt on obtient la libre circulation de l'air dans les fosses nasales par suite du dégonflement de la muqueuse.

Les parents sont toujours frappés de la rapidité avec laquelle l'enfant revient au sein, grâce au succès de cette petite manœuvre.

Évacuation par l'aspirateur d'un utérus gravide en rétrocession. — Nous lisons dans le *British medical Journal* que le Dr Bell, de Newcastle, fut appelé auprès d'une dame enceinte de cinq mois, arrivée à un degré d'émaciation considérable; elle avait éprouvé, depuis la septième semaine de sa grossesse, des douleurs très-vives dans le ventre. L'urine, contenant du pus, était ammoniacale. Il reconnut, par un examen attentif, qu'il existait une tumeur fluctuante, douloureuse, absolument impossible à réduire, et qui n'était autre que l'utérus en rétrocession. Le Dr Bell pratiqua, par le rectum, une ponction aspiratrice dans cette tumeur dans le but d'évacuer le liquide amniotique.

La malade éprouva un grand soulagement à la suite de cette opération.

Le fœtus fut expulsé au bout de trente-six heures, et il ne se produisit aucun accident.

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris pendant le mois de janvier 1875.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale.		Femmes dont la grossesse a présenté des complications.		TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale.		Femmes dont la grossesse a présenté des complications.		TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
		Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Fièvre puerpérale.	Autres causes.		Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Fièvre puerpérale.	Autres causes.			
Hôtel-Dieu....	21	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pitié.........	27	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Charité......	41	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Antoine.	37	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Necker.......	47	1	»	»	»	1	5.88	»	»	»	5.88	»	»
Beaujon......	33	3	»	»	»	3	9.09	»	»	»	9.09	»	»
Lariboisière...	82	1	»	»	»	1	1.21	»	»	»	1.21	»	1 (1)
Saint-Louis...	72	1	»	»	»	1	1.38	»	»	»	1.38	»	»
Lourcine....	6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r de Sevres).	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	336	6	»	»	»	6	1.78	»	»	»	1.78	»	4
Services spéciaux													
Cochin.......	71	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Cliniques.....	49	1	»	1	2	4	2.04	»	2.04	4.08	8.16	»	»
Mson d'Accouchem.	140	»	2	»	»	2	»	1.42	»	»	1.42	»	»
TOTAL........	260	1	2	1	2	6	0.38	0.77	0.38	0.77	2.30	»	»

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	838	2	0.23
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	173	1	0.57

OBSERVATIONS PARTICULIERES.

(1) Fièvre purpérale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'aspiration et de l'injection iodée dans le traitement des kystes de l'ovaire, par le Dr PAILLARD, Thèse de Paris, 1874.

Thrombus de la lèvre gauche de la vulve et de la paroi correspondante du vagin, par BAILLY (*Gaz. des hôp.*, 1874, p. 683).

Tétanos puerpéral consécutif à un avortement, par le Dr HŒPFFNER (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1874, p. 116).

Kyste sébacé de la petite lèvre droite. par KIRMISSON (Société anatomique, 22 mai 1874, *Progrès méd.*, 1874, p. 596).

Bassin oblique ovalaire, par LEMOINE (Société des sc. méd. de Lyon, avril 1874, *Lyon méd.*, 30 août 1874).

Observation d'absence congénitale du vagin, par LALLEMANT (Société de méd. de Nancy. 27 mai 1874, in *Rev. méd. de l'Est*, 1er septembre 1874).

Sarcome développé dans les grandes et petites lèvres, par BOISSIER (Société anat., 27 octobre 1874, in *Progrès méd.*, 1874, p. 682.)

Epitheliome lobulé de la vulve, des grandes lèvres, de la peau du pubis et de la région inguinale terminée par une cicatrisation trés-étendue, CORNIL (Société anat., 20 mars 1871, in *Progrès méd.*, 1874, p. 360.)

Sur les principaux agents de dilatation de l'orifice cervical de l'utérus, par HAMON (de la Rochelle). *Gaz. des hôp.*, 1864, pp. 971 et 972).

Chloral contre l'ulcère du col utérin, par ANTONIO DI BERNARDO (de Castagirone en Sicile). (*Gaz. hebd.*, 1874, p. 75).

Fistule recto-vaginale ; opération ; guérison, par le Dr EUGÈNE MARCHAL (de Nancy). (*Revue méd. de l'Est*, 15 décembre 1875).

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques, par le Dr TERRILLON, prosecteur des hôpitaux, Paris, 1874.

Contribution à l'histoire des anomalies du système dentaire chez les mammifères (de l'anomalie du nombre), par le Dr E. MAGITOT.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DES POLYPES FIBREUX A APPARITION INTERMITTENTE

Par MM. Demarquay et Saint-Vel (1).

Les polypes fibreux utérins présentent un phénomène qui n'est pas très-rare et frappe par sa singularité : l'intermittence de leur apparition. Lisfranc (2) en a rapporté peut-être le premier fait. « Un polype du volume de la dernière phalange du pouce, dit-il, fut reconnu par le toucher et même à l'aide du spéculum; nous vînmes le lendemain pour l'opérer; nous mîmes inutilement en usage tous les moyens propres à le constater; quelques jours s'écoulèrent et nous le retrouvâmes. Il arrive quelquefois que ces tumeurs remontent dans la cavité de l'utérus, dont l'orifice inférieure se resserre ensuite et les rend momentanément inaccessibles à la vue et au doigt. » Des tu-

(1) Extrait d'un ouvrage en préparation : *Traité clinique des maladies des femmes.*

(2) *Clinique chirurgicale de la Pitié*, 1843, t. III, p. 106.

meurs autrement volumineuses offrent le même symptôme. Il y a entre cette apparition intermittente et la menstruation une relation qui n'avait pas échappé à Lisfranc, d'après l'observation qui suit. « Plusieurs jours avant et après les règles et pendant les menstrues, l'orifice inférieur de l'utérus est plus dilaté; c'est alors que l'indicateur introduit dans cet orifice peut faire reconnaître l'existence d'un polype ou d'une tumeur fibreuse, situés dans l'organe gestateur. »

Aran (1) à qui il était arrivé de méconnaître un polype fibreux extirpé plus tard par un confrère est encore plus explicite. « Si, dit-il, le dégagement du corps fibreux se fait quelquefois d'une manière brusque, à la suite d'un effort, par exemple, le plus ordinairement il est lent et passe presque inaperçu ; or, c'est surtout à l'époque des règles et pendant les métrorrhagies que la dilatation du col s'opère : on peut alors, en pénétrant avec le doigt à travers l'orifice dilaté, constater plus au moins profondément une tumeur arrondie et lisse, indolente à la pression, qui semble travailler à s'engager dans l'orifice. Si l'examen est pratiqué après les règles, l'orifice peut être entièrement refermé et l'on a perdu par conséquent l'occasion d'établir ou de confirmer son diagnostic. »

Ces citations donnent une idée si nette de l'apparition intermittente des polypes fibreux qu'il serait superflu de chercher à la définir. Observons néanmoins que l'intermittence ne signifie pas nécessairement un retour régulier, une périodicité toujours liée aux époques cataméniales. Le polype peut n'apparaître qu'aux menstruations; il se montre en même temps que des métrorrhagies qui ne sont pas l'exagération du flux menstruel, sa présence et sa disparition se succédant dans l'espace intercalaire. Ces alternatives se présentent dans les différents faits observés. Tout en admettant avec Aran l'apparition intermittente des polypes, en dehors de l'époque cataméniale et avec de vraies métrorrhagies, M. O. Larcher (2), dans son intéressant

(1) *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1858, p. 852.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1867, 6e série, t. IX, p. 39. (*Contributions à l'histoire des polypes fibreux intra-utérines à apparitions intermittentes*).

travail où se reflètent les idées de son maître, Huguier, a surtout considéré la périodicité comme liée à celle des menstrues. Bien que l'influence de celles-ci soit indéniable, prouvée par les observations rapportées par l'auteur, si le sujet était limité à cette influence, une partie importante resterait dans l'ombre.

« Les époques cataméniales, dit très-justement M. O. Larcher, comme les métrorrhagies accidentelles, paraissent devoir leur influence apparente aux contractions utérines qui les accompagnent et que les auteurs indiquent généralement comme favorisant habituellement l'expulsion des polypes. » Ces contractions que le chirurgien cherche à réveiller ou à augmenter au moyen de seigle ergoté pour favoriser l'expulsion d'un polype qui tend à s'engager dans l'orifice du col, existent naturellement chez certaines femmes à l'époque de leurs règles, indépendamment de toute tumeur fibreuse utérine. Dans certains cas, le polype augmente ou provoque par sa présence les contractions liées au molimen hémorrhagique. Aussi le conseil, dans les cas où l'on soupçonne l'existence d'un polype, de toucher la femme pendant ses règles, est-il très-pratique. C'est le seul moment où le diagnostic pourra peut-être être fixé et où le doigt reconnaîtra à travers l'orifice dilaté ou même au-dessous, la tumeur qui, la menstruation terminée, remontera dans la cavité utérine et ne sera plus accessible par le fait de la fermeture du col.

S'il est des myômes intra-utérins dont aucun signe ne révèle l'existence, d'autres s'accusent par des contractions douloureuses de l'utérus et par des hémorrhagies. Si chez certaines femmes la périodicité permet de considérer ces dernières comme des ménorrhagies, chez d'autres les pertes n'ont aucune régularité et sont abondantes ou répétées. Quelle que soit la part attribuée théoriquement à ces métrorrhagies sur le développement des contractions utérines, elles ne s'accompagnent pas moins quelquefois, ainsi que Aran l'avait observé, de l'apparition intermittente de polypes fibreux. On peut se demander si cette apparition, quelque favorisée qu'elle soit par le flux menstruel, la ménorrhagie ou la métrorrhagie, ne peut pas se produire en dehors de ces conditions. On est autorisé à penser qu'elles ne sont pas nécessaires. Dans ce phénomène encore mal défini de

l'engagement intermittent des polypes, il faut sans doute tenir compte de deux facteurs : l'utérus et la tumeur. Celle-ci n'est pas toujours comme un corps étranger inerte subissant l'impulpulsion utérine. Dans quelques circonstances elle agit dans le même sens que la matrice et d'une façon spontanée, pour amener le même résultat, l'engagement. Il ne serait même pas impossible que celui-ci dépendît de la tumeur seule. Une condition est nécessaire pour ce rôle actif, isolé ou parallèle à l'action de l'utérus, c'est que le polype soit vasculaire.

Le polype ne reste pas toujours étranger aux phénomènes qu'il détermine sur l'utérus. Partie plutôt éloignée que détachée de l'organe auquel le relient des connexions celluleuses, musculaires et vasculaires, il participe aux congestions qu'il occasionne et entre lui et l'utérus se transmettent diverses réactions. La congestion périodique de l'utérus liée à la menstruation ou la congestion accidentelle amenant une métrorrhagie peuvent retentir sur le polype vasculaire, en déterminer la turgescence, la saillie à l'orifice et lorsque le phénomène cesse, la décongestion de la tumeur suit celle de l'organe, et son retrait permet à l'orifice de se refermer jusqu'à ce que de semblables conditions ramènent une nouvelle apparition du polype. Cette explication du rôle actif des polypes vasculaires présentée avec la réserve qui convient à une question nouvelle, nous semble confirmée par les lignes suivantes de Virchow au sujet des myômes télangiectasiques ou caverneux :

« Les tumeurs de ce genre, dit-il (1), possèdent une sorte d'érectilité, une propriété de subir rapidement une augmentation et une diminution de volume, et de paraître tantôt très-dures et sphériques, tantôt molles et mobiles. Cette tuméfaction dépend en tout cas de l'afflux d'une plus grande quantité de sang ; c'est une tuméfaction congestive, fluxionnaire ; toutefois la fluxion ne dépend pas seulement de la dilatation des artères afférentes, mais aussi d'un relâchement de la musculature propre de la tumeur. » Plus loin, parlant de ces mêmes myômes, Virchow (2) ajoute : Les tumeurs de cette catégorie pré-

(1) *Pathologie des tumeurs*; traduction par P. Aronssohn, 1871, t. III, p. 538.
(2) *Loc. cit.*, p. 387.

sentent un phénomène particulier et très-remarquable qui a beaucoup préoccupé les gynécologistes; la tumeur présente à divers intervalles, souvent très-courts, des changements de volume et de consistance : elle grossit et se distend considérablement pendant des heures, des jours et des semaines pour revenir ensuite en peu de temps sur elle-même, diminuer de volume, donner à la palpation une sensation toute différente, et ne plus former une masse dure et tendue. »

Les deux observations que nous rapportons appartiennent aux myômes de cette espèce. Elles offrent un double intérêt au point de vue de la composition histologique des tumeurs et en ce que leur apparition irrégulièrement intermittente n'était pas liée à la menstruation. Les malades ne reconnaissaient plus la périodicité de leurs époques à cause de leurs métrorrhagies répétées. La première observation rapportée par M. le docteur Dupuy (1), est un exemple de myôme télangiectasique (angiôme caverneux). Nous n'en présenterons ici qu'une analyse.

« Madame X..., 33 ans, est entrée, le 20 janvier 1872, à la maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Depuis trois ans, métrorrhagies qui cédaient au traitement au bout de quinze jours, mais reparaissaient au bout de trois mois. Depuis quatre mois la malade perd du sang continuellement et en abondance et n'a plus connaissance de ses époques menstruelles. Il y a trois semaines, M. le Dr Vivien trouva le col dilaté comme une pièce de 2 francs; le polype en sortait et apparaissait dans le vagin, sous forme d'une masse violacée à aspect fongueux, se terminant en pointe et de la dimension d'une grosse fraise. A un deuxième examen, quelques jours après, le polype avait disparu du vagin et l'on en sentait l'extrémité inférieure à une certaine hauteur dans le col. Le 22 janvier, M. Demarquay examine la malade et sent une tumeur à surface rugueuse dont l'extrémité, légèrement mobile, s'engage dans la cavité du col. Le lendemain, le polype ne peut plus être senti dans toute l'étendue de la portion cervicale. Le 24, on prescrit 50 centigrammes d'ergot de seigle. Lorsqu'on pratique le toucher, plus tard, le doigt ne peut plus pénétrer dans le col devenu rigide et rétréci.

« Dilatation du col avec une tige de laminaria. On sent les contours du polype renfermé dans la cavité utérine, sans pouvoir circonscrire le pédicule. Continuation de la dilatation avec l'éponge préparée. Le

(1) *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1872, n° 23.

28, on procède à l'extraction du polype, dont le pédicule ne peut être encore circonscrit par le doigt. L'utérus attiré légèrement en bas, au moyen de deux pinces-érignes fixées aux lèvres du col, la lèvre postérieure du museau de tanche est débridée avec de forts ciseaux. On parvient alors au pédicule qui est allongé, de petit diamètre et inséré à la face antérieure de l'utérus, à la jonction de la portion cervicale avec le corps. Le polype est ensuite enlevé par torsion. Sa forme est allongée et aplatie, sa surface rugueuse et irrégulière. D'une coloration grisâtre dans sa portion supérieure, il est rouge violacé intérieurement. Longueur : 6 centimètres, largeur 2 1/2 centimètres. Longueur du pédicule, 1 1/2 centimètre. Les coupes ont un aspect marbré. »

« L'examen histologique fut fait au laboratoire de M. Ranvier, qui définit la tumeur : un angiôme caverneux. Sur une coupe longitudinale, on voit de longs boyaux longitudinaux remplis d'une substance granuleuse, colorée en rose par le carmin. Ces boyaux sont limités par un mince liséré d'un rouge plus foncé. Ce sont les coupes longitudinales de vaisseaux ectasiques qui courent parallèlement les uns aux autres, en communiquant fréquemment entre eux par des anastomoses latérales. En outre, on voit des coupes de vaisseaux analogues qui présentent une coloration brunâtre. Entre les sections longitudinales et les transversales, sur une même coupe, on trouve tous les intermédiaires. La tumeur, exclusivement composée de vaisseaux qui ne sont guère séparés que par l'épaisseur de leur paroi très-amincie elle-même, doit être définie une tumeur vasculaire télangiectasique (angiôme caverneux). Cet aspect général existe sur les points comme aussi sur les coupes du pédicule, où les sinus formés par les vaisseaux dilatés sont un peu plus larges et gorgés de corpuscules sanguins plus ou moins altérés. »

La seconde observation, prise également à la Maison municipale de santé par M. Schwartz, interne du service de M. Demarquay, est un autre exemple de myôme vasculaire, avec une disposition particulière des éléments entourant les vaisseaux d'un véritable cercle musculaire.

Madame B... J..., âgée de 48 ans, entre à la maison municipale de santé, le 25 juin 1874, pour des pertes continuelles qui l'épuisent. Mariée, mère de cinq enfants, elle a cessé d'être bien réglée depuis cinq ans. Depuis deux ans, elle a eu des ménorrhagies très-abondantes et des pertes blanches sans odeur prononcée. Constipation opiniâtre; émission facile des urines. Amaigrissement considérable depuis ses pertes. Pas de maladies héréditaires dans sa famille.

État actuel : anémie arrivée au dernier degré, face pâle, cireuse.

Souffle au premier temps et à la base du cœur, se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Œdème des jambes. La malade perd continuellement du sang mélangé à de la sérosité, sous forme d'un liquide roussâtre, non infect. Au toucher par le vagin, on constate un prolapsus de la muqueuse de la paroi antérieure du vagin. Le col de l'utérus est gros, fongueux, parsemé de petits points noirs, comme s'il s'était fait à ce niveau de petites hémorrhagies interstitielles; les culs-de-sac sont sains; la cavité utérine contient de petits caillots.

La malade a été voir M. Ricord, qui l'a envoyée à la maison de santé avec le diagnostic : polype. Comme on ne trouve aucune tumeur de ce genre, on pense plutôt à une métrite hémorrhagique. Application de trois tampons de ouate imbibés de perchlorure de fer au tiers. Vin de quinquina. Sirop de perchlorure de fer. Limonade sulfurique.

4 juillet. La malade perd toujours très-abondamment. A un nouvel examen on trouve un polype, assez volumineux, engagé dans l'orifice externe du col. On ne peut atteindre le pédicule situé très-haut. M. Demarquay porte le diagnostic de polype intermittent.

Le 5. Fièvre le soir. Anémie plus profonde. Potion d'ergotine. Les pertes continuent le soir et les jours suivants. Le polype est de nouveau rentré; le doigt ne le sent plus.

Le 8. Le polype est à peu près hors de la cavité utérine. Saisi avec des pinces de Museux, il peut être complètement dégagé et une chaîne d'écraseur portée sur son pédicule permet d'en faire l'extraction. Pas d'hémorrhagie pendant l'opération. Le polype a le volume d'un gros œuf de poule; il est fibreux et présente des cavités kystiques.

La malade, dont les hémorrhagies ont cessé, reprend des forces, se recolore et sort le 30 juillet dans un état satisfaisant.

L'intérêt de cette observation augmente par l'examen histologique qui montre le lien entre l'apparition intermittente de la tumeur et sa vascularité. Cet examen, fait par M. le Dr Chouppe, est résumé dans la note suivante :

Le polype, après son extraction, se présente sous forme d'un corps ovoïde, dont la grosse extrémité parfaitement libre est lisse; il adhérait par un pédicule épais, court et par lequel pénétraient des vaisseaux nombreux. Ce polype pèse 290 grammes. Son grand diamètre mesure 6 centimètres, son petit 5, et sa circonférence 16. Sa consistance est dure et offre une certaine élasticité caractéristique et propre aux myômes utérins. Sur une coupe faite suivant le grand axe de la tumeur et vers le milieu, on l'aperçoit blanchâtre, légèrement rosée et formée de faisceaux visibles à l'œil nu, entrecroisés dans tous les sens et présentant, d'une manière générale, une tendance à former

des cercles concentriques et à constituer ainsi autant de lobes réunis entre eux intimement par des faisceaux divergents.

Sur cette coupe l'on aperçoit l'ouverture béante de nombreux vaisseaux largement ouverts et dont la plupart ont un diamètre de 0,001 millim. à 1mm 1/2. Mais, outre ces petits vaisseaux, la coupe a divisé un gros vaisseau gorgé de sang noir. Ce vaisseau, dans la cavité duquel s'ouvrent plusieurs autres vaisseaux, occupe à peu près le centre de la tumeur et se termine à ses deux extrémités en culs-de-sac. Sur plusieurs autres coupes, on constate une structure analogue et l'on incise plusieurs autres vaisseaux d'un fort calibre, mais dont le plus gros n'atteint guère que le quart de celui qu'on trouve au centre.

Après avoir fait macérer la tumeur dans l'acool pendant trois jours, on en fait l'examen histologique. Des coupes faites dans différents sens, au milieu du corps charnu de la tumeur, donnent toutes la même structure. Elles se composent de fibres musculaires lisses, entrecroisées dans tous les sens et réunies en faisceaux. Ces fibres ont les mêmes dimensions que les éléments normaux de l'utérus. Entre ces faisceaux, on aperçoit de nombreux capillaires à une seule paroi. Autour des gros vaisseaux, les éléments de la tumeur affectent une disposition spéciale. Ils forment des couches circulaires concentriques qui entourent les vaisseaux d'un véritable muscle et peuvent, en se contractant, en effacer ou tout au moins en diminuer le calibre.

Les gros vaisseaux eux-mêmes offrent la structure suivante : *a*. Une couche interne libre et lisse, parsemée d'orifices, par lesquels s'ouvrent les vaisseaux de second ordre. Cette couche est composée, sous l'épithélium qui a disparu, d'éléments jeunes, fibro-plastiques et de fibres élastiques fines entrecroisées dans tous les sens. *b*. Une couche adhérente composée surtout d'éléments de tissu conjonctif et de quelques fibres lisses. Cette couche se confond, sans ligne de démarcation appréciable, avec le tissu propre de la tumeur.

En résumé : *Myôme utérin très-vasculaire et présentant des sinus qui peuvent s'effacer sous l'influence de la contraction de la tumeur.*

Cette disposition anatomique, qui permet des alternatives de dilatation et de resserrement, rend compte du rôle actif que le polype fibreux vasculaire peut jouer dans l'engagement et de ses alternatives d'apparition et de disparition. Ce rôle, dont il ne faut exagérer ni l'importance ni la fréquence, méritait d'être mis en lumière. En résumé, l'apparition intermittente de certains polypes est liée à la menstruation et en suit naturellement la périodicité. D'autres polypes apparaissent et disparaissent à des époques irrégulières, accompagnés de métrorrhagies plus

ou moins persistantes ou abondantes. Les contractions de l'utérus ont la part la plus grande dans le mécanisme de l'engagement de la tumeur, la seule réellement effective, lorsque celle-ci est dépourvue de vaisseaux. Mais quand le polype est vascularisé, l'intermittence de son apparition peut être attribuée en partie aux phénomènes physiologiques dont il est le siége, que ces phénomènes soient isolés ou ne soient que l'extension au myôme de ceux qui se passent dans les tissus utérins.

L'intérêt qui s'attache aux myômes vasculaires ne dépend pas seulement de l'intermittence de leur apparition. Il tient aux modifications mêmes de structure qui altèrent tellement les caractères physiques du corps fibreux qu'on serait porté à le prendre pour une production de mauvaise nature, sans l'examen histologique qui en retrouve les vrais éléments. La difficulté d'un diagnostic précis et la nécessité du contrôle de l'examen microscopique sont démontrées par l'observation suivante.

« Madame B..., 40 ans, tempérament sanguin, constitution forte, entre, le 23 novembre 1874, à la maison de santé dans le service de M. Demarquay. Mariée depuis 19 ans, sans enfants. Menstruation irrégulière, métrorrhagie depuis des années; la dernière perte sanguine date de deux mois; pertes blanches continuelles. Elle fait remonter son mal à huit ans. Il y a sept ans, une tumeur qu'elle portait fut explorée par le vagin et enlevée en partie. Pendant cinq ans, elle éprouva une amélioration; les métrorrhagies devinrent plus rares.

Actuellement, elle se plaint de douleurs dans les reins, les aines et les cuisses, ainsi que d'une constipation opiniâtre. Les urines sont normales. L'état général assez bon. L'inspection du ventre et le palper ne laissent rien découvrir. Le toucher vaginal montre l'orifice du col entr'ouvert et sent une tumeur molle, fongueuse, saignante, insérée sur la lèvre postérieure du col, à laquelle elle adhère largement. Au spéculum, cette tumeur est gris noirâtre avec des pointillés.

Opération le 28 novembre. Section du pédicule avec une chaîne d'écraseur, suivie d'une hémorrhagie abondante. Tamponnement et potion avec 4 grammes d'ergotine. Aucun accident les jours suivants. En examinant la malade, le 11 décembre, on constate l'existence de grosses fongosités, et l'on est porté à se demander si elles ne sont que des restes de la tumeur ou si elles proviennent d'une néoplasie. M. Demarquay les détruit le 19 avec des flèches de chlorure de zinc et, après la chute de l'eschare, la malade quitte la maison de santé dans les premiers jours de janvier.

La note suivante, remise par M. le Dr Chouppe, contient les résul-

tats de l'examen anatomique pratiqué par lui les 21 et 23 janvier 1875:

La tumeur du volume d'une petite pomme, unie au tissu utérin par un pédicule assez large était, au moment de l'ablation, rougeâtre et recouverte, dans toute sa partie lisse, d'une muqueuse rappelant, par sa coloration, la muqueuse utérine. Au niveau du pédicule, il s'écoule, au moment de la section, une assez grande quantité de sang. La consistance de la tumeur, saisie entre les deux doigts, est celle d'un tissu spongieux qui se laisse facilement déprimer et permet l'écoulement d'une quantité de sang par la surface de section. Laissée d'abord pendant trois semaines dans l'alcool, la tumeur, dont la consistance est devenue un peu plus considérable, est incisée de son bord libre vers son hile au moyen d'un rasoir.

La surface de section se présente alors criblée d'orifices d'un calibre variant de 5 millimètres à 1 millimètre et même moin; ces orificess sont entremêlés, rapprochés les uns des autres, séparés par des bandes d'un tissu serré,dur et présentant une épaisseur variable, suivant que les orifices sont plus ou moins rapprochés les uns des autres. Outre ces calibres arrondis qui se présentent sur la coupe, on aperçoit d'autres vaisseaux qui sont coupés plus obliquement ou longitudinalement. Sur une coupe l'on trouve une enveloppe muqueuse, un pédicule, une coupe de veines et canaux veineux, une coupe d'artérioles, le tissu propre.

Si maintenant nous pénétrons plus avant par l'étude histologique dans la constitution de la tumeur, nous arrivons aux résultats suivants (après durcissement dans l'acide picrique et traitement par divers réactifs) : 1° Trame et tissu fondamental formé de fibres musculaires lisses réunies en faisceaux, dont les uns sont coupés longitudinalement et les autres perpendiculairement. 2° Des vaisseaux très nombreux, dont les plus gros et les plus nombreux sont des sinus veineux, et les autres des artérioles beaucoup plus petites. Le tissu propre de la tumeur est disposé sous forme de lamelles et de faisceaux entrecroisés dans tous les sens, entourant les vaisseaux et se comportant, à l'égard de ceux-ci, d'une manière tout à fait différente, suivant que l'on a affaire à des artères ou à des veines. Autour des canaux veineux qui ne sont formés que d'une seule paroi fibro-élastique analogue à la membrane interne des veines, les fibres musculaires se condensent, deviennent plus serrées et forment des couches concentriques alternativement longitudinales et transversales qui sont de plus en plus serrées à mesure que l'on approche de la veine. Autour des artérioles, vaisseaux munis de leurs trois tuniques, les fibres lisses forment bien des couches concentriques, mais celles-ci sont peu serrées au voisinage du vaisseau, qui paraît ainsi libre au milieu d'un tissu lâche.

Enfin, il faut voir comment ces vaisseaux se comportent entre eux. Si l'on suit une artériole, on arrive à un point où elle se divise en rameaux de plus en plus grêles en formant une sorte de bouquet. Les rameaux qui naissent ainsi, plus ou moins flexueux, vont, sans se réduire en capillaires vrais, s'aboucher dans des canaux veineux larges qui, étant donnée leur structure, sont de véritables capillaires. Ces vaisseaux s'anastomosent fréquemment les uns avec les autres et forment enfin les gros canaux que nous constations sur une coupe.

Résumé : tumeur musculaire, formée de fibres lisses entrecroisées dans tous les sens, et au sein de laquelle les capillaires fortement dilatés et recevant des artérioles assez nombreuses, constituent un tissu extrêmement vasculaire, une sorte de tissu caverneux et de tissu érectile.

Diagnostic : lio-miôme télangiectasique.

Le traitement chirurgical des polypes intermittents ne diffère pas de celui des autres polypes ; seulement la relation qui existe dans certains cas entre l'apparition de la tumeur et la menstruation soulève une question intéressante. Doit-on opérer pendant l'époque mensuelle ou doit-on attendre qu'elle soit passée et intervenir dans l'espace intercalaire ? Nous nous prononçons pour l'opération immédiate. Attendre que le polype soit rentré et que l'orifice cervico-utérin se soit refermé sur lui, c'est se créer des difficultés. Il faudra, avec le seigle ergoté, solliciter l'utérus à se contracter sans être certain d'amener l'engagement de la tumeur. Il faudra dilater le col au moyen de l'éponge préparée ou de tiges de laminaria pour atteindre le polype, dilatation dont les conséquences, ordinairement nulles, peuvent avoir néanmoins une toute autre gravité que l'intervention pendant les règles. Celles-ci ne sauraient constituer une contre-indication absolue, du moment que les conditions de préhension sont favorables à l'ablation définitive du polype. Si elles sont défavorables, mieux vaut, selon le conseil de M. O. Larcher, savoir attendre une occasion meilleure. Toutefois l'expectation ne doit pas se prolonger du moment que la ménorrhagie arrive à constituer un péril. « A moins qu'il n'y ait péril en la demeure, disait Lisfranc (1), on n'opérera pas les polypes utérins dans les dix jours qui précéderont les règles et pendant

(1) *Loc. cit.*, p. 219.

la huitaine qui les suivra; j'ai vu plusieurs fois l'oubli de ces principes occasionner des accidents très-graves et même funestes. »

Ces accidents ne sauraient être les hémorrhagies que l'ablation du polype tarit. Ne doivent-ils pas être rapportés plutôt à l'abaissement forcé de l'utérus, si usité du temps de Lisfranc dans les opérations concernant cet organe, cause fréquente de graves mécomptes? La crainte de laisser l'opportunité se perdre autorisera à agir, en dépit du précepte de Lisfranc, dans les cas d'apparition périodique du polype. Dans ceux où l'apparition intermittente se lie à des hémorrhagies continues ou irrégulières, persistantes ou abondantes, l'ablatation de la tumeur est le moyen le plus efficace pour les arrêter et conjurer les autres accidents.

LA FIÈVRE PUERPÉRALE N'EXISTE PAS,

Par le Dr Siredey,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

(Suite et fin) (1).

La péritonite est l'affection qui se rencontre le plus souvent à l'autopsie des femmes en couches. Cela tient à ce qu'elle n'est peut-être jamais primitive et que presque toujours elle coexiste avec l'inflammation de l'utérus et de ses annexes, des lymphatiques et quelquefois des veines ; par conséquent il importe peu d'établir le diagnostic différentiel de cette affection que tout le monde connaît.

Cependant, à cause de la fréquence de l'existence simultanée de la péritonite avec la métrite, presque tous les auteurs ont décrit une métro-péritonite puerpérale. A ce sujet, il nous paraît indispensable de signaler une cause d'erreur : nous pensons que souvent on a confondu avec la métrite vraie, c'est-à-dire l'inflammation du parenchyme utérin, d'autres affections comme la phlébite et la lymphangite qui s'accompagnent ainsi

---

(1) Voir le numéro de mars, p. 174.

que la métrite d'une augmentation de volume de l'organe et de péritonite.

L'observation a appris, il est vrai, que dans les épidémies puerpérales on trouve souvent du pus dans les parois utérines; mais il est bien établi aujourd'hui que ce pus n'est pas le résultat d'une fonte purulente du parenchyme utérin enflammé, et qu'il appartient exclusivement à la lymphangite ou à la phlébite.

De plus, on sait que dans la métro-péritonite, l'inflammation de la séreuse a une grande tendance à se circonscrire, à n'occuper que la partie sous-ombilicale de l'abdomen (Beau), et à se terminer par la guérison. Par conséquent, nous nous croyons fondé à n'accepter qu'avec réserve l'existence de la métro-péritonite comme manifestation de la fièvre puerpérale grave, et nous pensons que l'affection, décrite par la majorité des observateurs sous cette dénomination, n'est le plus souvent qu'une phlébite ou une lymphangite avec péritonite concomitante.

Il est un autre état de l'utérus appelé par de Boer *putrescence de l'utérus*, par Luroth (thèse de Strasbourg, 1827) *ramollissement gangréneux*, et plus tard par Danyau *métrite gangréneuse*, que l'on rencontre quelquefois à l'autopsie des femmes en couches. Dans cette affection la face interne de l'utérus ramollie, grisâtre, baigne dans une sanie ichoreuse fétide. Ces altérations existent très-peu de temps après l'accouchement, et on n'observe pas de pus dans l'utérus, dans les annexes, ni dans aucun organe.

La maladie débute par un frisson qui ne se reproduit pas. Le ventre est douloureux au niveau de l'utérus, plus tard la douleur s'étend et le ventre se météorise s'il survient de la péritonite. On observe alors des vomissements, une soif ardente, une diarrhée abondante et fétide, une élévation considérable de la température, de l'agitation, un subdélirium, surtout marqué la nuit, en un mot un véritable état typhoïde avec stupeur et coloration rouge de la face. Les seins restent mous et vides par l'absence de sécrétion lactée, et les lochies plus ou moins abondantes offrent une odeur rappelant celle de la gangrène ou des macérations anatomiques. C'est dans ces condi-

tions que la mort arrive rapidement par infection putride (Hervez de Chégoin, Dumontpallier).

Nous nous bornons pour le moment à indiquer les principaux caractères de cette affection en insistant particulièrement sur l'unicité du frisson, apparaissent de très-bonne heure, quelquefois même le premier ou le second jour après l'accouchement, le peu de réaction inflammatoire, l'état typhoïde, la fétidité de la diarrhée et des lochies, enfin la mort rapide.

On verra mieux tout à l'heure, quand nous en aurons décrit les signes essentiels, les différences qui séparent la phlébite et l'angioleucite de la métrite gangréneuse.

La question la plus intéressante, mais aussi la plus difficile à résoudre est d'indiquer les caractères différentiels de la phlébite et de la lymphangite utérines.

Une telle prétention paraîtra peut-être exagérée, puisque de l'aveu de presque tous les médecins la distinction est impossible à établir.

Ainsi nous lisons dans Hervieux (maladies puerpérales, p. 809) : « Les symptômes locaux et généraux de l'angioleucite puerpérale étant *exactement les mêmes* que ceux de la phlébite, du moins en ce qui concerne les vaisseaux de l'utérus et du bassin, il est impossible dans l'état actuel de nos connaissances de différencier sur le vivant ces deux affections ; se produisant dans les mêmes conditions, affectant les mêmes formes, les mêmes allures, et étant susceptibles des mêmes complications et des mêmes terminaisons, elles ont le même degré de gravité et réclament les mêmes moyens de traitement. »

Il est facile d'expliquer comment le savant médecin de la Maternité a pu émettre une semblable opinion.

Malgré les travaux qui ont été publiés sur l'anatomie normale des vaisseaux de l'utérus, il s'en faut de beaucoup que l'on ait toujours su reconnaître les lymphatiques des veines.

On comprend ainsi la confusion que cette erreur a engendrée entre la phlébite et la lymphangite, puisque l'on rapportait à l'une des deux affections ce qui appartenait à l'autre.

Cette confusion était due surtout à une connaissance inexacte

de l'anatomie normale. Mais dans son excellente thèse inaugurale (lymphatiques utérins et lymphangite utérine, Paris, 1870), M. Just Lucas-Championnière a bien voulu reconnaître cette lacune et la combler. L'exposition qu'il fait des travaux anciens et de ses propres recherches sur les lymphatiques de l'utérus a jeté un grand jour sur cette question et a rendu désormais facile la distinction des vaisseaux utérins. Il a principalement insisté et avec raison sur la richesse de l'utérus en lymphatiques, sur le prodigieux développement qu'ils sont susceptibles d'acquérir pendant la grossesse et sur le grand nombre de ganglions où se rendent les réseaux de l'utérus et de ses annexes. Ce remarquable travail nous donne une description exacte et minutieuse des ganglions déjà indiqués, et nous en fait connaître un nouveau siégeant en arrière et sur les côtés de l'utérus, dans l'épaisseur du ligament large.

Nous rappellerons particulièrement avec M. Lucas-Championnière la situation tout à fait superficielle, sous-péritonéale des réseaux et des troncs lymphatiques de cette région, tandis que les sinus veineux se trouvent profondément dans l'épaisseur des parois de l'organe.

Les principaux troncs lymphatiques se rencontrent aux angles et sur les bords de l'utérus, au niveau de l'insertion des ligaments larges, et à la réunion du col et du corps. Les anastomoses nombreuses de ces vaisseaux sont très-remarquables en certains points : ils s'accolent, se mélangent, se croisent et forment une intrication difficile à démêler. Ajoutons à cette disposition la possibilité pour quelques-uns d'entre eux d'augmenter de volume dans l'inflammation, au point d'acquérir, comme les plus grosses veines, 5, 6 et même 8 millim. de diamètre, circonstance qui vient encore expliquer la confusion si fréquente des vaisseaux lymphatiques et sanguins.

En rapprochant de cette anatomie claire et précise, la description d'un nombre considérable d'autopsies regardées comme des exemples de phlébite, — on demeure convaincu que la plupart de ces observations ne sont que des cas de lymphangite.

Que disent, en effet, les partisans de la phlébite? Le pus se trouve au niveau des angles et des bords, plus souvent en ar-

rière qu'en avant de l'utérus. Or avec tous les anatomistes qui ont étudié soigneusement les lymphatiques utérins, Lucas-Championnière a précisément insisté sur leur grand nombre dans l'appareil génital.

En outre le gros vaisseau circulaire situé à la jonction du col et du corps de l'utérus, que l'on trouve si souvent rempli de pus, est-il donc autre chose qu'un vaisseau lymphatique que jusqu'à ce jour on a considéré à tort comme une veine ?

Nous avons aussi insisté tout à l'heure sur la position superficielle des vaisseaux blancs, tandis que les veines sont beaucoup plus profondes et situées dans l'épaisseur du tissu utérin. Or voici ce que nous lisons dans la thèse de Billoir (Thèse de Paris, 1857, p. 11), interne de M. Béhier, à Beaujon, et comme son maître défenseur de la phlébite :

« Les sinus purifères ne sont pas distribués au hasard dans le tissu utérin ; on pourrait croire *a priori* qu'ils doivent être plus nombreux au niveau de l'insertion du placenta, car là, les sinus sont si développés qu'ils forment comme un tissu érectile ; mais nous n'avons pas remarqué que les sinus purulents fussent en rapport avec l'insertion du placenta. Les bords latéraux de l'utérus, et l'union du corps avec le col présentent constamment des sinus purulents, tandis que les faces et le fond de l'utérus en présentent une petite quantité et seulement lorsque les parties latérales en contiennent en grande abondance. »

N'est-il pas évident que cette indication du siége du pus concorde mieux avec l'angioleucite qu'avec la phlébite ?

D'ailleurs l'auteur commet une erreur quand il prétend que dans la phlébite on ne trouve pas, « comme la théorie semblerait l'indiquer, » de pus dans les sinus voisins de l'insertion placentaire. Cette assertion est inexacte ; j'ai trouvé au contraire presque toujours des caillots, une sanie putride rougeâtre ou du pus remplissant les sinus qui avoisinent l'insertion placentaire dans les cas de phlébite vraie.

Comme autre preuve que les partisans de la phlébite n'ont souvent observé en réalité que la lymphangite, examinons ce qu'ils disent du pus et des parois vasculaires :

« Les sinus utérins sont remplis d'un pus blanchâtre, épais,

crèmeux. Lorsqu'on incise le tissu utérin sur le trajet de ces sinus, on voit le pus apparaître aux orifices de section sous la forme de gouttelettes arrondies que la pression exercée sur le tissu utérin fait augmenter de volume........ Lorsqu'on incise un vaisseau purulent suivant sa longueur et que l'on examine avec soin sa paroi, après l'avoir abstergée du liquide qui la baigne, on voit qu'elle a perdu son poli, qu'elle est devenue blanchâtre, opaline, comme tomenteuse. » (Billoir, thèse citée, p. 15.)

Or, pour les médecins qui savent différencier la phlébite de la lymphangite, le pus de celle-ci est blanc, épais, crèmeux, absolument comme celui que Billoir et beaucoup d'autres attribuent à la phlébite, tandis que le pus de la phlébite vraie est rougeâtre, sanieux et mêlé à des caillots plus ou moins bien formés et adhérents. D'autre part le vaisseau dont la cavité reste blanchâtre et nacrée après l'écoulement du pus n'est pas une veine, mais un lymphatique ; la membrane interne d'une veine enflammée est au contraire plus ou moins rougeâtre et rugueuse.

Ainsi, même sur le cadavre, on a souvent confondu la phlébite et la lymphangite. Cette erreur explique la prédominance que certains auteurs accordent à la phlébite. Mais, avec la majorité des médecins, nous soutenons l'opinion opposée, et nous pensons que l'inflammation des lymphatiques se rencontre incomparablement plus souvent que la phlébite. Et si nous rappelons les connexions plus intimes des lymphatiques que des veines avec le péritoine, et la fréquence de la péritonite dans les affections des femmes en couches, nous sommes conduit à considérer la maladie, dite *fièvre puerpérale*, comme n'étant le plus souvent qu'une lymphangite.

Maintenant que nous savons comment la confusion règne depuis si longtemps entre la phlébite et l'angioleucite, et que nous avons indiqué d'après le travail de J. Lucas-Championnière le moyen d'éviter l'erreur, nous allons aborder l'étude clinique des deux affections, en insistant particulièrement sur leurs signes différentiels.

Le Frisson est l'un des premiers symptômes que l'on observe, mais il ne présente pas les mêmes caractères dans l'une et l'autre affection.

Il signale ordinairement le début des deux maladies ; cependant il peut exceptionnellement manquer dans l'angioleucite, où il a une intensité moindre, ce qui fait comprendre comment, en certains cas, il a pu échapper à l'attention. Avec la douleur, le frisson ouvre la scène morbide ; il est le prélude d'un état fébrile continu, qui présentera des variations de température peu sensibles du matin au soir, et qui durera pendant toute la maladie avec une intensité proportionnelle à sa gravité.

Dans la phlébite, le frisson ne manque jamais ; il est extrêmement violent ; à une durée de quinze, vingt ou trente minutes succède un stade de chaleur suivi de sueurs après lesquelles la température, qui s'était élevée à 40° et au delà, diminue de plusieurs degrés et se rapproche du chiffre normal, comme après un accès de fièvre intermittente maremmatique. Une période de rémission s'établit ; la malade éprouve une amélioration notable ; quelquefois le bien-être est si grand qu'elle se croit à l'abri de tout danger, quand tout à coup, sans cause appréciable, à un moment, en dehors de toute périodicité régulière, se manifeste un nouveau frisson, prélude d'un nouvel accès de fièvre plus ou moins violent et qui se présentera encore les jours suivants d'une façon tout aussi indéterminée.

Ainsi, dans la lymphangite le frisson est unique et n'apparaît qu'au début, tandis qu'il est multiple dans la phlébite et se montre non-seulement à la première, mais à toutes les périodes de la maladie. Dans notre deuxième observation nous avons pu compter 14 frissons.

L'époque d'apparition du frisson n'est pas la même : dans la lymphangite il se montre très-peu de temps après l'accouchement (obs. I), et en général du premier au quatrième ou cinquième jour ; il apparaît plus tard dans l'inflammation des veines, rarement avant le sixième et souvent à une époque beaucoup plus éloignée. (V. obs. II, III et IV.)

La Température présente aussi des caractères différents :

dans la lymphangite elle atteint d'emblée un chiffre très-élevé, 40 à 41°. Une fois à ce chiffre, elle ne varie guère du soir au matin que de quelques dixièmes, pour monter encore au moment de l'agonie.

Dans la phlébite, au contraire, on constate le plus souvent une augmentation progressive de la température jusqu'à l'apparition du premier frisson, où elle s'élève comme dans l'autre affection à 40 et même 41°. Mais, l'accès de fièvre passé, elle s'abaisse beaucoup, quelquefois de plusieurs degrés, pour remonter avec un nouveau frisson.

Nous dirons donc pour résumer les renseignements que nous fournit le thermomètre : dans l'angioleucite la température s'élève subitement et se maintient à 40° environ avec des variations très-peu accusées. Dans la phlébite, elle monte progressivement, arrive à son maximum pendant l'accès fébrile, puis redescend pour s'accroître et baisser encore, présentant entre les périodes de rémission et celles de fièvre des variations d'un ou même de plusieurs degrés.

La DOULEUR constitue aussi un signe important;—elle mérite d'être étudiée avec attention; car, après l'accouchement, les femmes sont exposées à ressentir dans le ventre des souffrances multiples qui ont une signification pathologique bien différente.

La douleur qui se rapporte à l'inflammation des veines ou des vaisseaux lymphatiques doit tout d'abord être distinguée des tranchées utérines. Celles-ci existent surtout dans les premières heures qui suivent la délivrance, ou un peu plus tard s'il s'est formé un caillot dans l'intérieur de l'utérus. Elles se reconnaissent à leur apparition spontanée et intermittente ; elles sont généralement d'autant plus longues et plus rapprochées qu'on les observe à une époque plus voisine de l'expulsion du placenta. En interrogeant avec soin les malades, et il faut souvent y mettre beaucoup d'insistance, principalement chez les femmes peu intelligentes qui viennent accoucher dans les hôpitaux, on arrive à reconnaître que ces douleurs sont semblables aux premières coliques de l'accouchement ; elles siégent à l'hypogastre et au niveau de la fosse iliaque droite

où se trouve ordinairement incliné l'utérus. Celui-ci se durcit, prend une forme arrondie à chaque contraction, et donne quelquefois lieu à une émission de sang liquide, ou de caillots par le vagin. Ces tranchées sont faciles à reconnaître aux caractères que nous venons de leur attribuer; elles n'offrent aucune gravité.

On aura soin aussi d'explorer la vessie, de s'enquérir si la malade a uriné, et de quelle manière la miction s'opère. En négligeant ces renseignements, on s'expose à commettre une grave erreur. Plus d'une fois j'ai vu des femmes atteintes de rétention d'urine accuser de vives douleurs et présenter un développement anormal du ventre, tel qu'on les considérait comme atteintes de péritonite. Mais, si l'on se livre à un examen attentif, on reconnaît aussitôt que la tuméfaction abdominale est constituée d'une part par l'utérus fortement déjeté à droite dans la fosse iliaque, où il s'élève de manière à déborder de plusieurs travers de doigt le niveau de l'ombilic, et d'autre part par une tumeur arrondie régulièrement, située au milieu du bas-ventre, et qu'il est facile de reconnaître pour la vessie distendue par l'urine. D'ailleurs, le cathétérisme confirme le diagnostic et fait aussitôt cesser les accidents.

Ces causes d'erreurs écartées, nous arrivons à l'étude de la douleur déterminée par l'inflammation des vaisseaux utérins. M. Béhier y attache une importance capitale. Il la regarde comme le phénomène initial constant des accidents inflammatoires puerpéraux.

« Sur 852 femmes, dit-il, elle a manqué 311 fois, et alors les suites de couches ont été des plus régulières. Sur 343 femmes elle a été légère et a cédé rapidement aux moyens mis en usage; mais, sur 132, elle s'est montrée beaucoup plus vive, a résisté plus longtemps, et dans 67 cas qui se sont terminés par la mort, elle s'est manifestée dans toute sa plénitude. » (Béhier. Lettres à Trousseau sur la fièvre puerpérale.)

Cette douleur siége au niveau des cornes et sur les bords de l'utérus. On la détermine et on en précise le siége en fixant l'utérus entre le pouce et le médius et en suivant de bas en haut les bords de l'organe. On arrive ainsi, d'après le savant

professeur, à sentir un gonflement douloureux, qui est l'indice certain d'un travail phlegmasique, et qui fournit par cela même une indication thérapeutique importante.

Or, si nous rappelons que les vaisseaux lymphatiques de l'utérus sont superficiels, et qu'ils ont avec le péritoine des rapports intimes; que ces lymphatiques sont nombreux, surtout sur les bords de l'utérus, où précisément la pression détermine de la douleur, il est difficile de ne pas penser qu'avec l'empâtement qui l'accompagne, elle est due à une péritonite de cette région, déterminée par la lymphangite dont la fréquence et le siége même sont établis par l'anatomie pathologique.

Telle cependant n'est pas l'opinion de M. Béhier, qui rapporte cette douleur à la phlébite; d'où, pour lui, la prédominance excessive de l'inflammation des veines sur toutes les autres lésions.

Nous sommes, à regret, obligé de nous séparer sur ce point de l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu. Nous avons comme lui fréquemment observé chez les femmes récemment accouchées une douleur vive dans le bas-ventre, siégeant principalement le long des bords de l'utérus, au niveau de l'insertion des ligaments larges. Mais cette douleur ne présente pas les mêmes caractères dans l'angioleucite et la phlébite utérines.

Dans la lymphangite elle est constante, fixe, permanente et extrêmement vive. Il n'est même pas besoin d'exercer une pression sur le bas-ventre pour en décéler l'existence.

La malade la ressent continuellement; elle redoute l'attouchement le plus léger, elle ose à peine respirer, car les mouvements du diaphragme dans les inspirations profondes ou dans les secousses de la toux rendent cette douleur intolérable.

Bientôt elle s'étend à toute la zone sous-ombilicale de l'abdomen et souvent se généralise, en même temps que le ventre acquiert un développement de plus en plus considérable; en un mot, la péritonite devient manifeste. Cette dernière domine rapidement la scène morbide, au point de l'absorber tout entière, de masquer et de faire presque disparaître les symptômes de la lymphangite.

De plus, et c'est-là un signe d'une grande valeur, sur lequel

Lucas-Championnière a appelé l'attention, un des culs-de-sac latéraux, ou tous les deux présentent une induration particulière, due à un œdème déterminé par la lymphadénite.

Dans la phlébite, la douleur est loin d'être aussi constante et aussi manifeste. Nous avons observé des cas où les recherches les plus minutieuses et l'exploration la plus attentive dans toute la zone sous-ombilicale de l'abdomen, même aux points d'élection que nous avons indiqués et que nous croyons bien connaître, n'ont pu la révéler; cependant à l'autopsie nous trouvions du pus dans les sinus. Les malades à l'état de repos ne se plaignent d'aucune douleur; ce n'est qu'en la provoquant par la palpation et la pression qu'on peut la découvrir. Elle est beaucoup plus circonscrite et plus limitée que dans la lymphangite, ce qui tient vraisemblablement à ce que la phlébite est moins souvent accompagnée de péritonite.

En même temps que l'inflammation se développe dans les veines et les sinus utérins, on observe d'autres manifestations douloureuses dans diverses parties du corps : des phlébites des membres inférieurs, des arthrites, des synovites tendineuses, des pleuréries, des péricardites et des pneumonies secondaires. Toutes ces inflammations sont remarquables par leur tendance à la suppuration. Aussi rien de plus commun que de trouver du pus dans les séreuses articulaires ou viscérales, et des abcès métastatiques dans les organes parenchymateux, le foie, les poumons et les reins.La présence du pus dans le tissu cellulaire et dans les viscères, ou en autres termes l'infection purulente, est une conséquence habituelle de la phlébite puerpérale. Jamais, au contraire, on n'observe rien de pareil dans la lymphangite; dans les cas exceptionnels où l'on a remarqué la présence du pus dans le canal thoracique, on n'a même pas constaté de lésion viscérale ayant la moindre analogie avec l'infection purulente.

De cette étude parallèle de la phlébite et de l'angioleucite, il résulte donc que celle-ci, beaucoup plus localisée, est concentrée en entier dans l'abdomen, et qu'elle détermine rapidement une péritonite qui l'éclipse et prend sa place dans l'appareil symptomatique.

Au contraire, la phlébite donne lieu à des phénomènes abdominaux peu intenses, mais elle révèle son existence par des lésions multiples, témoignant de l'envahissement général et progressif de l'économie par la pyohémie.

L'EXPRESSION DE LA PHYSIONOMIE n'est pas la même dans les deux affections. Au début de la lymphangite, la face est rouge et animée ; plus tard, quand la péritonite est confirmée les traits s'altèrent, les yeux s'excavent, le nez s'effile, et le visage devient pâle, mais il ne présente jamais l'aspect terreux, jaunâtre, subictérique que l'on rencontre souvent dès les premiers frissons de la phlébite.

Enfin, la MARCHE DE LA MALADIE est aussi bien différente dans l'un et l'autre cas. Elle est très-rapide dans l'angioleucite.

La mort arrive généralement huit ou dix jours après l'accouchement, et même dans quelques observations présentant, il est vrai, une gravité exceptionnelle, nous l'avons vue survenir en moins de deux ou trois jours.

La phlébite a une marche plus longue, qui varie de deux à plusieurs semaines. La maladie commence plus tard, évolue lentement, par étapes avec des alternatives d'aggravation et de rémission. Quand elle se termine par la mort, on observe les symptômes de l'infection purulente. Mais il ne faudrait pas croire que la lymphangite et la phlébite utérines entraînent nécessairement la mort. Si nous ne nous occupons ici que de ces cas malheureux, c'est parce que ce sont precisément les exemples que choisissent à l'appui de leur thèse les partisans de la fièvre puerpérale.

Mais, dira-t-on, n'est-il pas des cas dans lesquels on constate à la fois les lésions de la lymphangite et celles de la phlébite ? Comment alors établir la diagnostic ?

Nous reconnaissons l'existence de ces cas exceptionnels, et nous pensons que si les difficultés du diagnostic sont plus grandes, elles ne sont pas insurmontables.

Dans la première période de la maladie, les symptômes sont ceux de la lymphangite. Comme nous l'avons dit, celle-ci s'an-

nonce par un frisson, un état fébrile violent, et une douleur vive paraissant dans les 2 ou 3 premiers jours qui suivent l'accouchement. Puis bientôt la péritonite concomitante domine la scène. Plus tard, généralement après 6 à 8 jours, si de violents frissons se manifestent, en même temps que de véritables accès fébriles irrégulièrement intermittents. séparés par des rémissions d'une durée variable, on devra penser au développement simultané d'une phlébite. D'ailleurs la marche de la maladie apporte chaque jour de nouveaux signes qui caractérisent de plus en plus l'infection purulente. Ainsi, quand la lymphangite coexiste avec la phlébite utérine,on observe les signes de l'une et l'autre affection, avec cette particularité que la première période de la maladie semble appartenir à la lymphangite, et la seconde à la phlébite.

Dans l'étude comparative que nous venons de faire entre l'inflammation du péritoine, de l'utérus, des veines et des vaisseaux lymphatiques, nous croyons avoir demontré que ces maladies ont une symptomalogie spéciale, une marche et des complications différentes, qui permettent de les diagnostiquer. Dès lors, à moins de ne tenir aucun compte des phénomènes cliniques qu'il suffit d'observer avec attention pour en constater les différences et les rapports à telle ou telle lésion anatomique, nous ne pouvons admettre que l'on continue à designer sous la dénomination unique de *fièvre puerpérale* des états morbides aussi distincts.

D'autre part, au début de cet article, nous avons établi que la fièvre puerpérale *essentielle* n'existe pas.

Donc cette dénomination n'a pas de raison d'être, et comme l'écrivait naguère le Professeur Pajot (*Gazette obstétricale* de Paris, décembre 1874), « elle doit être reléguée au musée des Antiques. »

Voici quelques observations que nous offrons comme des types de l'angioleucite et de la phlébite utérines puerpérales.

Observation I.

Péritonite et lymphangite utérine puerpérale sur-aiguës.—Mort cinquante-trois heures après l'accouchement. (Service de M. Moissenet.)

Chérout, 37 ans, bonne constitution, multipare, ayant déjà eu trois enfants, entre à l'hôpital Lariboisière le 17 mai 1858 et accouche naturellement le 18 à quatre heures du matin.

Dans la nuit du 18 au 19, sans cause connue, frisson extrêmement violent, avec douleur vive et ballonnement du ventre, hoquet, nausées et vomissements verts; soif ardente, diarrhée abondante. — Un vomitif.

Le 19. Soir. Profonde altération des traits; ventre dur, tendu, extrêmement douloureux. — 25 sangsues, opium, 10 centig. ; glace, eau de Seltz.

Le 20. Excitation toute la nuit, insomnie absolue, soif ardente, vomissements incessants verts, porracés. Le pouls a disparu à la radiale. Dyspnée considérable, plaques marbrées, ecchymotiques sur le tronc et les membres. — Mort à neuf heures du matin, cinquante-trois heures après un accouchement remarquable par sa simplicité.

Autopsie. — Cadavre marbré de plaques ecchymotiques disséminées et surtout abondantes dans les parties déclives. Péritoine légèrement vascularisé. Quelques cuillérées de pus seulement accumulé dans le petit bassin. Estomac et intestins distendus par des gaz.

Utérus assez bien revenu sur lui-même. Sanie rougeâtre, sans fétidité, dans sa cavité.

Lymphangite utérine des plus évidentes. On reconnaît dans les ligaments larges et à la région lombaire les lymphatiques distendus par du pus. Quelques-uns atteignent le diamètre d'une plume de corbeau et vont rejoindre les ganglions lombaires hypertrophiés et pleins de pus. — Congestion intense des méninges, du cerveau, des poumons, du foie et de la rate, sans trace de pus.

Observation II.

Phlébite utérine puerpérale. — Pleurésie gauche. — Abcès métastatiques du poumon droit. (Observations recueillie par M. Foucauld, externe du service.)

Mergecy (Adèle-Olive), âgée de 23 ans, journalière, née à Rouen, célibataire, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne, le 3 janvier 1874.

Réglée à 13 ans, d'abord régulièrement; à 14 ans, suppression des menstrues pendant huit mois. Puis la menstruation se rétablit avec une parfaite régularité tous les mois, pendant cinq jours.

pital Lariboisière (service de M. Siredey), le 17 février, déclarant avoir des douleurs depuis cinq heures du matin. La poche des eaux se rompt dans la première partie de la nuit. Le travail continue avec une certaine énergie jusqu'au lendemain à l'heure de la visite. On reconnaît une position occipito-iliaque droite postérieure, et on espère, en raison de l'énergie des douleurs et de leur rapprochement, que l'accouchement se fera naturellement. La tête est bien engagée, et la malade ne paraît pas trop fatiguée.

Deux heures après, à la fin de la visite, M. Siredey revint voir cette femme. Les douleurs s'étaient ralenties. Le travail n'avait pas progressé. M. Siredey se décide à faire alors une application de forceps, qui, sans être trop laborieuse, se termine par l'extraction d'un enfant pesant 3550 grammes.

Les jours suivants, la malade se trouve bien : aucune douleur dans le ventre ; pas le moindre frisson.

La peau seule reste chaude, et le pouls toujours élevé.

19 Février.	Température.	Matin,	38°.	Soir, 39.	Pouls,	108
20 —	—	—	39.8	40.8	—	120
21 —	—	—	40.	39.7	—	120
22 —	—	—	40.	40.	—	130

Nous constatons des eschares vulvaires. Les lochies, sont fétides. On pratique plusieurs fois par jour des lotions et des injections avec une solution de permanganate de potasse, et la malade est soumise à la décoction et à l'extrait de quinquina, à l'eau-de-vie et au café.

Le 28. Les plaies se détergent, ont un bon aspect, sans odeur fétide. Mais la température et le pouls restent toujours aussi élevés, quand, dans la soirée, c'est-à-dire dix jours après l'accouchement, paraît un frisson très-violent, avec claquement de dents, suivi de chaleur et de sueurs profuses.

Aussitôt le frisson passé, la malade se trouve mieux et accuse un grand bien-être.

1er mars. Nous assistons à la visite, à un deuxième frisson aussi violent que la veille. Pouls à 132. Apparition d'une teinte sub-ictérique. Ventre souple, absolument indolent. Aucune douleur en quelque point du corps que ce soit. Rien d'anormal aux poumons ni au cœur. Les plaies vulvaires n'ont pas mauvais aspect.

Néanmoins, M. Siredey n'hésite pas à diagnostiquer une phlébite utérine, avec infection purulente.

Il ajoute au traitement indiqué plus haut 1,50 de sulfate de quinine.

Les frissons se répètent tous les jours à plusieurs reprises. Dans l'intervalle la femme est très-gaie ; elle se trouve bien, et nous demande chaque matin quand elle pourra se lever et quitter l'hôpital.

Le 3. Douleur vague dans le poignet gauche et l'épaule droite, sans rougeur ni tuméfaction.

Le 4. La douleur a augmenté à l'épaule ; mais le ventre est toujours indolore ; on ne trouve rien que des râles bullaires disséminés dans les deux poumons. La face prend une teinte terreuse, jaunâtre, de plus en plus prononcée.

Le 5. Dans la soirée, frisson extrêmement violent, suivi de délire qui se continue toute la nuit, et dure jusqu'à la mort, le lendemain à huit heures du matin.

Autopsie. Le ventre n'est pas distendu. Nous ne constatons aucune trace de péritonite.

Le col de l'utérus violacé présente trois déchirures, d'ailleurs peu étendues. Le corps a subi un mouvement de retrait assez prononcé. A sa surface on ne constate ni péritonite, ni vaisseaux blanchâtres.

Des coupes pratiquées au niveau de l'insertion placentaire, à la partie supérieure et médiane de la face postérieure, donnent issue à du pus qui provient des vaisseaux profonds et que l'on reconnaît être des sinus veineux. Ce pus est mal lié et présente un aspect brunâtre. Nous constatons également une inflammation avec caillots, mélangés de pus, dans les veines utéro-ovariennes du côté droit.

Pas de pus dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques lombaires ; foie et rate énormes, sans abcès.

Le rein gauche est criblé d'abcès métastatiques du volume d'un haricot à celui d'une noisette.

Dans les deux poumons nous constatons aussi, à leur superficie et surtout au niveau des bords, de nombreux petits abcès.

Rien au cœur.

Pas de pus dans les articulations qui avaient été douloureuses.

Le cerveau n'a pas été examiné.

Observation IV.

Observation de phlébite utéro-ovarienne avec arthrite suppurée, recueillie dans le service d'accouchements de M. Siredey, à l'hôpital Lariboisière, par M. Fioupe, interne du service.

La nommée Fournier (Marie), entre, à la salle Sainte-Anne, le dimanche 22 mars 1874. Cette femme, d'une constitution assez délicate, un peu amaigrie, n'a jamais fait de maladie grave et jouit généralement d'une bonne santé.

Elle a été réglée, pour la première fois, à l'âge de 14 ans ; depuis lors, menstruation régulière, durant trois jours, s'accompagnant de quelques coliques.

Premier accouchement à terme, il y a deux ans, à l'hôpital Lariboisière ; suites de couches normales. Partie de l'hôpital au bout de huit jours dans un état très-satisfaisant.

La seconde grossesse s'est très-bien passée ; durant le dernier mois

cependant, douleurs assez vives dans le ventre et au niveau de la région lombaire.

Accouchement le lundi, 23 mars 1874, à sept heures du matin, d'une fille pesant 3 kil., 260 gr.; le travail a duré douze heures.

Après la délivrance, qui s'est faite facilement, hémorrhagie assez abondante, pour laquelle on a donné du seigle ergoté.

Pas de déchirure du périnée. Rien de particulier à noter du lundi 22 mars au jeudi 26. Seins assez gonflés (la mère allaite son enfant). Lochies normales.

Le jeudi 26, émotion très-vive lors de la visite des parents.

Dès le lendemain, vendredi, à huit heures du soir, céphalalgie, fièvre sans frisson, sans douleur abdominale. Ce n'est que vers le milieu de la nuit que la malade éprouve une douleur qu'elle compare à une barre, au-dessus de l'arcade de Fallope, du côté gauche.

Le samedi matin 28, à huit heures, frisson avec claquement de dents, assez violent pour faire trembler le lit, et qui dure un quart d'heure environ. Le stade de froid a été suivi des stades de chaleur et de sueurs.

A la visite, on trouve la malade en proie à une fièvre très-vive, 140 pulsations. Par la pression, on développe de la douleur au niveau et un peu au-dessus de l'arcade de Fallope à gauche. Cependant le ventre n'est pas ballonné; l'utérus paraît bien revenu. Pas de fétidité des lochies.

Langue un peu blanche. Une selle le matin avant la visite. Traitement : 15 sangsues au niveau de la région douloureuse, 1 gr.,50 de sulfate de quinine.

Immédiatement après la visite du matin, second frisson semblable au premier. Les piqûres des sangsues ont bien coulé. La malade n'a encore pris que 0 gr.,50 de sulfate de quinine. La douleur abdominale est beaucoup moins vive; 124 pulsations.

Dimanche, 29 mars, pas de frisson. Ventre non douloureux. On continue le sulfate de quinine.

Lundi 30. La fièvre persiste; la température rectale est de 40°,7; sulfate de quinine 1 gr.,50.

Mardi 31. La malade accuse une douleur au niveau de l'épaule gauche. Cependant l'articulation n'est pas tuméfiée et la peau qui la recouvre conserve son aspect normal. Gros rhonchus aux deux bases. Rien du côté de l'abdomen; 120 pulsations; 1 gr.,50 de sulfate de quinine. On enveloppe l'articulation douloureuse de ouate laudanisée.

On envoie en nourrice l'enfant, qui ne pèse plus que 2 kil.,720, et la mère passe à la salle Sainte-Geneviève, n° 3.

Mercredi 1er avril. — Pas de nouveau frisson, même traitement. 122 pulsations, 40°2. Douleur très-vive dans l'autre épaule. La malade

accuse aussi un point de côté à gauche. Elle ne tousse pas. Pas de matité, pas de souffle, pas d'égophonie. Le murmure vésiculaire s'entend bien partout.

Jeudi 2. — On ne trouve rien à la poitrine. Les deux articulations scapulo-humérales sont toujours douloureuses. Peau très-chaude. Sulfate de quinine, 1 gr. 50.

Le soir, 122 pulsations ; 40°1. Les deux coudes sont douloureux, le moindre mouvement imprimé aux membres supérieurs arrache des cris à la malade.

Vendredi 3. — 96 pulsations. Quelques vésicules de miliaire apparaissent au-devant de la poitrine. On continue le sulfate de quinine, 1 gr. 50.

Le soir, 140 pulsations, 41°3. — Pouls fort, irrégulier ; battements du cœur irréguliers aussi et tumultueux ; bruit de souffle très-intense, mais non rude, à la base et au premier temps.

La malade meurt dans la nuit du vendredi au samedi.

Autopsie le dimanche 5 avril à 7 1/2 du matin.

Aucune trace de péritonite ; pas de fausses membranes, pas de liquide péritonéal. Les anses intestinales n'adhèrent pas entre elles et ne présentent pas de piqueté rougeâtre. On n'aperçoit sur la surface de l'utérus, qui paraît bien revenu sur lui-même, aucune trace de phlegmasie.

A droite comme à gauche les veines utéro-ovariennes contiennent des caillots et un pus rougeâtre que l'on retrouve aussi dans les sinus utérins au niveau des deux angles supérieurs. Nous nous assurons bien que le pus siége dans les veines, et non pas dans les lymphatiques. Les vaisseaux qui le renferment sont situés profondément dans l'épaisseur de l'utérus et ne contiennent pas de valvules, tandis que les lymphatiques qui se trouvent à la superficie de l'organe sont absolument indemnes, et nous ne trouvons aucun ganglion lombaire hypertrophié ou contenant du pus. — Pas de traces de pus dans les autres portions de l'utérus : sa surface interne est d'un rouge noirâtre.

L'articulation scapulo-humérale gauche contient 2 cuillerées à café environ de pus qui remplit aussi le canal formé par la coulisse bicipitale. L'articulation scapulo-humérale droite et les deux articulations du coude ne contiennent pas de pus. Elles ne présentent même ni rougeur, ni injection.

Les autres organes (poumons et plèvres, cœur, foie, rate, reins) ne contiennent pas de pus.

DES ATRÉSIES

COMPLEXES DES VOIES GÉNITALES DE LA FEMME OU DE L'HÉMATOMÈTRE UNILATÉRAL.

Par le Dr Albert Puech (de Nîmes)

Parmi les anomalies dont les organes génitaux sont susceptibles, il n'en est pas de plus digne d'intérêt et tout à la fois de plus importante que celle que, faute d'appellation meilleure, j'ai désignée, il y a dix ans passés, sous le nom d'*atrésie complexe*. Caractérisée anatomiquement par l'existence de deux cavités utérines coïncidant avec un obstacle placé sur l'une des moitiés du canal utéro-vaginal, et physiologiquement par l'excrétion d'une partie du sang menstruel, alors que l'autre est retenue dans la moitié imperforée, cette espèce m'a paru mériter un nouvel examen et réclamer des développements spéciaux. Cette étude est d'autant plus nécessaire que, depuis la publication de ma monographie (1), plusieurs faits qui s'y rattachent ont été consignés dans la presse étrangère. En exposant ces observations, dont quelques-unes n'ont pas été interprétées à leur véritable valeur, en mettant en saillie les signes qui ont servi au diagnostic, je crois faire une œuvre vraiment utile et compléter ainsi le travail que l'Académie des sciences a bien voulu récompenser.

I

Les atrésies complexes reconnaissent pour origine un double arrêt de développement: l'un frappant les cordons de Muller au moment où ils se réunissent de bas en haut, l'autre atteignant l'un d'eux, ou, pour être plus général, l'une des moitiés du canal utéro-vaginal au moment où il achève de compléter sa canalisation. Ces deux phénomènes, bien que tout à fait distincts dans leur évolution, sont, à quelques différences près, contemporains dans leur production; ils s'effectuent dans la période comprise entre le deuxième et le troisième mois de la vie embryon-

(1) *De l'atrésie des voies génitales de la femme*, Paris, in-4, 1864.

naire, et partant impliquent un double arrêt de développement survenu à cette même époque. Avant la huitième semaine, en effet, l'existence d'une cavité est rarement démontrable ; après la douzième semaine, au contraire, la canalisation est totalement achevée et l'organe utérin a, sinon acquis sa forme définitive, du moins perdu les caractères qui rendent possible l'existence d'un hématomètre unilatéral. C'est donc un obstacle absolu à la production de cette double anomalie, et c'est la raison pour laquelle j'estime que cette dernière limite ne saurait être atteinte. On ne peut le mettre en doute, toutes les formes transitoires de l'utérus sont compatibles avec un obstacle transversal, mais les seules qui assurent la rétention d'une part, l'hémorrhagie par le vagin de l'autre, sont les formes bicorne et biloculaire avec deux orifices séparés.

L'antériorité de l'utérus *bicorne* sur l'utérus *septus*, *cloisonné* ou *biloculaire*, la plus grande fréquence du premier impliquent la prédominance d'une de ces formes. Les faits confirment cette manière de voir, et sauf une observation de Breisky et la suivante, toutes les autres sont des exemples d'utérus bicorne.

OBSERVATION I. — *Utérus septus. — Atrésie congénitale de l'orifice externe droit. — Hématomètre de ce côté. — Opération. — Mort par rupture de la trompe droite.*

Une dame de 17 ans, avait depuis trois ou quatre ans le molimen menstruel avec des règles irrégulières et médiocres. Le 17 mai 1865, A. Jones (de Carnarvon) constata une tumeur élastique, étalée, qui à droite faisait saillie dans le vagin et ne présentait aucun orifice. Une ponction exploratrice fit sortir un liquide épais, noirâtre, et par l'incision il s'écoula une pinte de sang menstruel à l'état de rétentum. Le 31 mai, la malade succomba à une rupture intra-péritonéale.

Le col présentait deux orifices distincts s'ouvrant dans un vagin simple. La corne gauche était normale et offrait dans l'étendue de son cervix un arbre de vie évident. L'orifice droit sur lequel se trouvaient encore quelques restes de la membrane obturatrice incisée, conduisait dans un cervix énormément dilaté, qui se présentait épais, plissé et coloré en noir. La cavité de la corne droite était également fortement dilatée. Les deux trompes étaient perméables. L'ovaire droit et le ligament large étaient occupés par une tumeur dont la rupture avait amené le dénoument fatal. (*British medical journal*, 22 *July* 1865, p. 54.)

L'imperforation de l'utérus a été constatée huit fois au méat externe et une fois au méat interne. Dans tous les cas, le vagin était simple, mais cependant il n'y a pas incompatibilité entre la duplicité de cet organe et l'imperforation du méat, témoin l'enfant que j'ai observé et la fille de 18 ans dont Santesson a parlé. (*Preuss. Ver. Zeit.* 1857, n° 50.)

La duplicité du vagin et l'imperforation de l'une des moitiés ont été au contraire plus fréquemment constatées. Dans les 23 cas relatifs à cette espèce, le siége de l'obstacle est excessivement varié; il a été rencontré un peu partout, mais plus souvent à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur.

Quant au côté où se trouvait l'obstacle, les 32 observations sur lesquelles est établi ce travail, dépouillées à ce point de vue, donnent les résultats suivants. Abstraction faite des cas dans lesquels cette particularité n'est point spécifiée, le côté intéressé a été 8 fois le gauche et 20 fois le droit. A s'en référer à cette statistique, le côté droit aurait le triste privilége d'être plus souvent imperforé, tandis qu'habituellement c'est le côté gauche du corps qui offre le plus grand nombre d'anomalies (1).

II

L'existence d'une atrésie complexe est sans influence immédiate sur le développement général de l'économie et n'entrave de prime abord que d'une façon subsidiaire celui du système génital tout entier. Les faits relatés par Rokitansky et exposés dans mon ouvrage le sont d'une façon trop incomplète pour avoir la signification qui leur a été accordée ; ce sont surtout des descriptions anatomo-pathologiques et nullement des documents cliniques. Celui de Holst (*Beitraege zur Gyn.* Tubingen, 1865, p. 63), qui a ce dernier caractère, a, par suite, une toute autre importance; les organes génitaux ont effectué cependant leurs

(1) Pendant la correction des épreuves, je prends connaissance d'un article de Karl V. Braun-Fernwald (*Wien. mediz. Woch.*, 12 sept. 1874), qui signale, dans les termes suivants, le cas qui lui est personnel. Cette personne ayant un double vagin aurait eu deux accouchements et la tumeur sanguine étant une cause de dystocie aurait été vidée par une ponction à travers la cloison au commencement du travail.

phases habituelles mais d'une manière excessivement lente, puisque cette fille fut réglée seulement à sa vingt-septième année. Quelle part eut à ce retard la manière d'être des organes génitaux? La réponse à cette question est difficile à donner, bien que l'observation ait été publiée avec les détails les plus minutieux. Tout ce qui peut être affirmé à cet égard, c'est que cette particularité est vraiment exceptionnelle.

Chez les autres personnes, en effet, cette fonction s'est établie à l'époque ordinaire. Si quelques relations gardent le silence à cet endroit, la plupart ont consigné cette intéressante particularité. Ainsi, la première apparition eut lieu deux fois à 13 ans (W. A. Freund), trois fois à 14 (Jones, Braus et Simon), une fois à 15 (Décès), trois fois à 16 (Hégar, Neugebauer, 2e obs. Passauer), cinq fois à 17 (Breisky, Hertzfelder, Leroy, Neugebauer, 1re obs. Schrœder), deux fois à 18 (Beronius, Nicoloysen, Breisky, 8e obs.), et enfin une fois à 19 (6e obs.).

Envisagée d'une façon générale, la manière d'être de l'hémorrhagie menstruelle a été dans tous les cas extrêmement variable au point que, de prime abord, il en ressort une confusion excessive. Par exemple, la quantité le plus souvent médiocre est taxée d'abondante dans deux ou trois cas ; la durée ne varie pas moins depuis six jours à trente-six heures ; enfin, le retour parfois régulier est le plus souvent irrégulier. L'hémorrhagie se montre tantôt tous les quinze jours, tantôt toutes les cinq ou six semaines, tantôt enfin après deux ou trois menstruations normales, il y a des suspensions plus ou moins longues durant plusieurs mois. Bref, irrégularité dans le retour, variabilité dans la durée et dans la quantité, tels sont les caractères de la menstruation dans le plus grand nombre des cas. Dans d'autres, au contraire, la marche de l'hémorrhagie cataméniale est tout à fait normale au point que la maladie est absolument méconnue. Sous ce rapport, il est peu de faits aussi instructifs que le suivant.

OBS. II. — *Utérus bicornis, atrésie congénitale de l'orifice externe droit. — Lésion méconnue. — Mort spontanée à 43 ans.*

Une lessiveuse, âgée de 43 ans, entra à l'hôpital avec cette note qu'elle souffrait depuis longtemps d'une tumeur de l'ovaire. A l'exa-

men du ventre, on constata deux tumeurs arrondies de forme ovale; la droite, qui était en même temps la plus petite, fut reconnue à l'autopsie être formée par la corne correspondante, distendue par le sang menstruel; quant à l'autre, elle était constituée par la vessie distendue. La menstruation ayant lieu régulièrement tous les mois par la moitié d'utérus restée ouverte, on n'avait pas pensé à la possibilité d'une rétention menstruelle, la corne s'était distendue peu à peu et remplissait presque complètement l'entrée du bassin. On n'avait pas davantage pensé à la rétention d'urine. Celle-ci s'écoulait d'elle-même, mêlée à une sécrétion fétide. Il n'y avait qu'un rein. (Thüngel, *Klinische mittheilungen*, Hambourg, 1860, p. 55.)

A l'occasion du diagnostic nous reviendrons sur ce fait, pour le moment nous nous bornerons à mettre en saillie la régularité de la fonction menstruelle se poursuivant sans incidents notables jusqu'à l'âge de 43 ans. Cette régularité a été encore relevée dans d'autres cas, mais jamais d'une façon aussi prolongée : les filles opérées par Simon et Passauer eurent seulement trois époques régulières ; celle de Schrœder et Hertzfelder en eurent de huit à dix; celles de Leroy, dix-huit; celle de Breslau, vingt-quatre environ; enfin celle de Weber, un plus grand nombre, puisque cette régularité existait à l'âge de 27 ans. A ce titre, nous croyons devoir reproduire cette observation avec d'autant plus de raison qu'elle avait échappé jusqu'ici aux recherches de ceux qui ont abordé la question. A cause de son étendue, nous en donnons seulement la première partie.

OBS. III. — *Utérus bicorne avec méat externe imperforé du côté droit. — Régularité de la menstruation. — Accidents de rétention remontant à un an.*

M. Weber a communiqué, le 29 avril 1849, à la Société médicale du Haut-Rhin, une observation de tumeur abdominale chez une personne de 27 ans. Cette tumeur s'est développée peu à peu depuis la moitié du bassin jusqu'au-dessous de l'ombilic, absolument comme se comporte la matrice dans la grossesse; au toucher par le vagin, on trouve même que le col s'est un peu raccourci et effacé. Cependant il ne peut y avoir présomption de grossesse; outre que la moralité de cette personne en est une garantie, il n'y a pas de ballottement, puis le mal a dépasssé le terme ordinaire d'une grossesse, ayant commencé il y a plus d'un an sans cause bien appréciable; il y a aussi beaucoup plus de troubles fonctionnels que n'en comporte une grossesse, urines difficiles, constipation opiniâtre, douleurs constantes dans

le ventre, passage des vents presque impossible et s'accumulant aussi au-dessus de la tumeur ; enfin, et c'est là la raison majeure, cette demoiselle est réglée tous les mois, et au début de la maladie, elle l'était tous les quinze jours et abondamment. Chaque époque menstruelle donne lieu à un redoublement de malaise dans le ventre et à des crampes très-fortes dans tout le bas-ventre; mais cependant plutôt à droite et s'étendant dans tout le membre abdominal de ce côté et s'y compliquant d'un œdème permanent. Pendant que les désordres menstruels ont lieu et que les règles coulent, la tumeur va en augmentant et ainsi, à chaque époque, les troubles fonctionnels et la tumeur s'accroissent. Celle-ci dure d'abord puis un peu fluctuante à gauche, le devient ensuite dans toute son étendue. Ne sachant ni sa nature précise, ni son contenu, on hésite à l'attaquer mais dans une dernière époque menstruelle, les douleurs prennent une telle intensité qu'il faut bien se décider à une opération. Les douleurs sont si vives qu'elles ressemblent à une péritonite aiguë ou à une perforation intestinale ; la malade perd l'usage de ses sens et ne connaît plus personne, son facies est cadavéreux, le pouls filiforme, à 170 pulsations ; chacun attendait sa fin prochaine.

Après l'époque elle se remet pourtant un peu, et il faut se hâter d'agir si l'on ne veut pas s'exposer à ce que l'époque prochaine enlève la malade. On ne pouvait guère songer à atteindre la tumeur par le vagin chez une demoiselle ; par là, d'ailleurs, on ne sentait pas de fluctuation. Il valait donc mieux l'attaquer par le ventre, où la sensation d'un liquide contenu dans une tumeur était distincte. Selon toute probabilité, cette tumeur était la matrice contenant soit de la sérosité, soit du pus ou des hydatides ; mais ce pouvait aussi être l'ovaire droit ou toute autre tumeur qui aurait aplati la matrice et effacé son col. Comme il n'y avait pas probabilité d'adhérences entre la tumeur et les parois abdominales, il était prudent, pour éviter un épanchement dans le péritoine, de faire précéder la ponction par l'application de la potasse caustique. Deux jours après, une ponction à travers l'eschare donne issue à 3 kilogrammes et demi de sang noir, sans caillots ni mélange de pus ou de sérosité ; la tumeur s'affaisse presque au niveau du pubis et la patiente entre promptement en convalescence, refleurissant et reprenant des forces à vue d'œil.

Pendant six semaines il en est ainsi, mais alors les règles apparaissent et avec elles les douleurs du ventre et son augmentation de volume ; la tumeur atteint de nouveau l'ombilic. A la fin de la période menstruelle, cette personne perd encore, pendant quelques jours, un peu de sang noirâtre et altéré, analogue à celui qu'a donné la ponction ; le même phénomène s'était déjà présenté quelquefois à la suite de l'époque avant la ponction abdominale.

D'après ces faits, il est évident que la tumeur qui occupe ici l'ab-

domen est la matrice, qu'elle doit être bicorne ou contenir une cavité accidentelle dans laquelle le sang s'amasse sous l'influence du molimen menstruel, et que pourtant cette cavité anormale doit avoir une faible communication avec la cavité naturelle. Si les douleurs et la tuméfaction doivent grandir à chaque époque nouvelle, ce qui n'est que trop probable, il sera opportun de chercher à attaquer la tumeur par le vagin et de lui procurer ainsi, si possible, une ouverture permanente. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 20 juin 1849, p. 187.)

Pour conserver à cette intéressante observation sa physionomie originale, elle a été reproduite sans y rien changer, mais cependant afin de la compléter, il sera permis d'ajouter qu'elle est un exemple très-net d'atrésie complexe, ou, si l'on veut encore, d'hématomètre développé dans la corne droite d'un utérus à deux cavités.

Avant d'en finir avec la manière d'être de la menstruation, il reste à signaler les quelques cas dans lesquels elle a fait complètement défaut pendant un temps plus ou moins long. Cette catégorie, qui comprend une observation de Rokitansky et une autre de Breisky, a moins droit que la précédente à nous arrêter. Par suite de l'absence de toute hémorrhagie par la corne restée ouverte, les symptômes inhérents à la rétention des menstrues prédominent et en appelant l'attention exclusive du médecin, doivent conduire à un traitement approprié.

Ainsi donc, la menstruation est tantôt absente, tantôt régulière, tantôt d'emblée sujette à de nombreuses irrégularités. Ces états divers ne sont point, comme la date de sa première apparition, inhérents à la constitution plus ou moins robuste du sujet, mais bien subordonnés à la manière d'être de l'utérus. Les cornes sont-elles inégalement développées, on constatera tantôt l'absence, tantôt la régularité de l'hémorrhagie, suivant que la corne restée ouverte sera arriérée ou prématurée dans son évolution. Les cornes sont-elles au contraire également développées comme c'est là le cas le plus fréquent, l'hémorrhagie sera médiocre de quantité par suite de son partage en deux moitiés égales, l'une pour la corne ouverte, et l'autre pour la corne fermée (1). C'est du moins la seule explication qui puisse être

(1) A s'en référer à quelques observations il existerait une certaine alternance

donnée rationnellement de certaines différences existant dans l'histoire clinique des atrésies complexes, et c'est ce qui autorise à penser qu'elle sera universellement admise.

III

Après l'étude de l'hémorrhagie effectuée par la corne restée libre, se place naturellement l'examen de celle qui se produit dans la corne imperforée. L'une et l'autre sont habituellement connexes et concomitantes dans leur évolution, mais tandis que la première est un bénéfice de nature, la seconde se transforme tout de suite après sa production en un accident pathologique des plus importants. La connaissance des phénomènes qui résultent de la rétention du sang importe au plus haut point; sans doute elle ne saurait suffire pour le diagnostic, mais du moins elle met sur la voie et encourage le médecin à poursuivre ses investigations.

Avec les premières règles débutent les premières souffrances consistant en une sensation de gêne et de pesanteur dans le petit bassin. Les reins sont comme brisés et courbaturés et deviennent le point de départ de douleurs venant mourir à l'hypogastre et au fondement. Ces sortes de coliques, après une durée variable, cessent d'elles-mêmes jusqu'à une nouvelle époque, auquel cas elles sont tantôt identiques tantôt un peu plus accentuées. Devenant ensuite plus fréquentes et plus vives, elles revêtent un caractère morbide, deviennent concassantes au point que la jeune fille sent comme si quelque chose voulait sortir de la vulve.

Ces phénomènes, dont l'apparition et la durée sont variables, sont dus à la réplétion de la cavité placée au-dessus de l'obsta-

---

dans le fonctionnement des cornes alors même qu'elles ont acquis un égal développement. Ainsi, pendant deux ou trois époques l'hémorrhagie s'effectuerait par la corne restée libre, puis se supprimant aurait pour siège, aux époques suivantes, la corne imperforée. La lecture attentive des faits de Béronius, de Holst, etc., me suggère cette remarque qui devra à l'avenir être recherchée dans les cas semblables. L'étude de cette anomalie a si longtemps reposé sur des pièces anatomo-pathologiques qu'il ne faut pas s'étonner des lacunes existant encore à ce sujet.

cle et à sa dilatation graduelle par le sang excrété. Ils disparaissent habituellement avec la cessation de la période, mais pas toujours complètement. La tumeur est-elle assez volumineuse pour comprimer le rectum, il s'ensuit de la constipation et un ténesme fatigant; enfin comprime-t-elle la vessie, il y a du ténesme et de la dysurie.

S'ils ne sauraient suffire pour le diagnostic, ces symptômes sont cependant de nature à y faire penser, car s'il en est qui sont communs avec une dysménorrhée violente, il en est d'autres qui sont spéciaux à l'affection qui nous occupe. En tout cas, il y a matière à incertitude, et comme celle-ci est le pire des états, il faut s'attacher à la dissiper. A cette fin et sans plus tarder, il convient de procéder à l'exploration de l'hypogastre, et, sur les données fournies par cette région à celle des voies génitales.

La manière d'être de l'hypogastre est en rapport avec le volume de la corne distendue; est-il égal à celui de sa congénère, il n'y a pas de différence appréciable; est-il exagéré ou simplement prédominant, on constate une différence dans la manière d'être des côtés, et le droit plus souvent que le gauche est le siége d'un bombement plus ou moins marqué et saisissable à l'œil nu. Que cette différence soit ou ne soit pas, on ne saurait s'en contenter : au contraire, il est opportun d'y joindre les résultats fournis par une palpation soignée du petit bassin et des fosses iliaques.

Le diagnostic, quoique très-difficile alors que les cornes de l'utérus sont à l'état de vacuité, n'est pas cependant au-dessus des ressources de l'art, témoin l'observation remarquable de Nélaton (*Gaz. des Hôp.*, 1856, p. 350); mais il est relativement facile dans les cas particuliers qui nous occupent. La distension de l'une des cornes par le sang accumulé qui a été notée dans la majorité des observations, a pour conséquence de rendre plus saillantes des particularités qui, sans cette circonstance, eussent pu passer inaperçues. Non-seulement alors la région hypogastrique correspondante est bombée, sensible au toucher, douloureuse à la pression, mais encore si on déprime les parois avec les deux mains, on arrive à circonscrire une tumeur cylindriforme se prolongeant au loin dans le petit bassin et ayant une

consistance variable, tantôt simplement élastique, tantôt renitente ou même fluctuante. Evidemment, cette constatation ne saurait suffire au médecin, mais rapprochée des anamnestiques, de la manière d'être de l'hémorrhagie menstruelle, de l'évolution par saccades de la maladie, elle a pour résultat de l'amener à l'exploration des voies génitales.

A raison de l'indépendance de leur développement embryogénique, les organes génitaux externes se sont trouvés toujours normalement conformés : quant au vagin, sa manière d'être est en rapport avec le siége de l'obstacle et l'accumulation plus ou moins grande du sang contenu à l'intérieur de la tumeur. Les traits sont par suite extrêmement variables ; aussi, pour bien les graver dans l'esprit, pour en faire saisir les principales nuances, nous donnerons la parole aux faits.

(*A suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE

DE L'INJECTION DE PERCHLORURE DE FER DANS L'HÉMORRHAGIE POST-PUERPÉRALE.

Depuis trois ans environ, les injections de perchlorure de fer, dans les hémorrhagies puerpérales, ont été fréquemment mises en usage en Angleterre. Il y a plus de dix ans que le Dr Barnes (1) préconise cette méthode de traitement, tout en reconnaissant ses dangers et ses inconvénients.

Voici le mode opératoire tel qu'il le conseille.

Après avoir enlevé de l'utérus les débris placentaires et les caillots, afin que le liquide injecté puisse toucher les parois utérines, il prend une seringue remplie d'une solution de perchlorure de fer au 1|3, et armée d'un tube de 20 centimètres de long, introduit le tube avec douceur dans l'utérus en le

---

(1) Barnes. *Leçons sur les opérations obstétricales*, trad. du Dr Cordes, p. 445.

guidant sur la main gauche, puis injecte lentement et sans interruption.

Après avoir insisté sur les propriétés antiseptiques et antihémorrhagiques de cet agent, l'auteur cite deux cas où quelques gouttes de liquide ont pénétré dans le péritoine au travers des trompes; dans un cas enfin, il a observé des accidents ressemblant à ceux qui suivent l'introduction de l'air dans les veines. Mais, dans le premier cas, il s'agissait d'une hémorrhagie non puerpérale, et dans les deux derniers d'hémorrhagies consécutives à l'avortement, cas dans lesquels l'injection intra-utérine de perchlorure ne lui semble pas indiquée.

Voici du reste les résultats qu'il a obtenus par ce moyen de traitement dans les termes mêmes où il les a formulés.

1° « Dans un bon nombre de cas », dit-il, « où la perte continuait en dépit de l'emploi des moyens ordinaires, l'hémorrhagie s'est arrêtée instantanément, et la malade s'est rétablie. Dans la plupart de ces cas, les patientes ont eu d'autres enfants.

2° Dans plusieurs cas l'hémorrhagie a été aussi arrêtée instantanément, mais les malades ont eu de la phlegmatia alba dolens.

3° Dans plusieurs cas, quand la malade était déjà à l'extrémité, à la suite d'une perte, l'injection a arrêté l'hémorrhagie, mais la malade a succombé. Je n'ai point vu que l'injection ait contribué en quoi que ce soit au résultat funeste. Les malades allaient mourir. Le remède a été appliqué trop tard. »

La majorité des accoucheurs anglais accepta les conclusions du Dr Barnes, qui ne furent combattues que par un petit nombre d'entre eux.

Mentionnons d'abord la discussion importante qui a eu lieu à ce sujet à la Société obstétricale de Dublin, dans sa réunion du 14 mars 1874, discussion introduite par un travail du docteur Lombe Atthill.

L'auteur se pose les trois questions suivantes :

1° Existe-t-il des cas où la vie des nouvelles accouchées est compromise ou sérieusement menacée malgré l'emploi judicieux des procédés mis jusqu'à présent en usage pour arrêter l'hémorrhagie?

2° Les injections de perchlorure de fer sont-elles par elles-mêmes un moyen dangereux?

3° Et s'il en est ainsi, le danger est-il assez grand pour contrebalancer les avantages incontestables de cet hémostatique puissant?

La première des questions posées par l'auteur lui semble devoir être résolue par l'affirmative, et il y a peu d'années encore, il a vu mourir sous ses yeux une jeune femme d'hémorrhagie, après avoir employé tous les moyens mis en usage en pareils cas, et il regrette vivement de n'avoir pas osé employer alors les injections de perchlorure de fer.

Depuis lors, il a eu cinq fois recours aux injections de perchlorure de fer sans qu'il ait pu imputer à cet agent d'accident particulier.

Quatre des malades guérirent, trois eurent même, depuis lors, de nouvelles grossesses. Une seule mourut de péritonite le quinzième jour après l'accouchement. Nous donnons en quelques lignes le résumé de ces observations (voir pour plus de détails : *Obstetrical journal*, mars 1874, p. 109-114).

Obs. I. — Femme débile, quatrième grossesse accompagnée de vomissements fréquents. Accouchement au huitième mois. Enfant mort. Hémorrhagie peu abondante pendant toute la durée du travail, le placenta est expulsé presque immédiatement, après l'accouchement; l'hémorrhagie continue. Deux heures après, prostration, pouls imperceptible, extrémités refroidies; injection de perchlorure de fer suivant la méthode de Barnes; arrêt brusque de l'hémorrhagie, rétraction de l'utérus, guérison.

Obs. II. — Femme pâle, anémique, souffle à la base du cœur, accouchée après quatre heures de travail de son second enfant : quinze minutes après, expulsion du placenta, rétraction de l'utérus suivie bientôt de relâchement et d'hémorrhagie. L'application de la main dans la cavité utérine, les frictions sur l'abdomen, l'ergot de seigle, déterminent de nouveau la contraction, mais sont suivis bientôt d'une nouvelle inertie et de nouvelles hémorrhagies. Injection de perchlorure de fer; l'utérus se contracte immédiatement, l'hémorrhagie est arrêtée définitivement, guérison sans accidents. Deux accouchements depuis cette époque.

Obs. III. — Grossesse mauvaise, vomissements, douleurs de reins; au bout de quinze heures de douleurs, application de forceps dans l'excavation. Enfant vivant. Expulsion du placenta suivie d'une hé-

morrhagie foudroyante. Injection de perchlorure, arrêt de l'hémorrhagie, frisson au dixième jour. Mort le quinzième jour après l'accouchement de péritonite.

Obs. IV. — Grossesse pénible, primipare, dix-huit heures de travail. Présentation des pieds, hémorrhagie après l'expulsion du délivre, persistant malgré l'application de la main dans l'utérus, les frictions, la glace, etc. Injection de perchlorure de fer. Arrêt de l'hémorrhagie, rétraction utérine, guérison. Nouvelle grossesse.

Obs. V. — Vomissements incoercibles pendant la grossesse; dégoût des aliments, vingt heures de travail jusqu'à la dilatation complète du col : ruptures des membranes, application de forceps, enfant vivant. Délivrance naturelle. Une demi-heure après, vomissements suivis d'hémorrhagie utérine et d'inertie. La pression sur l'abdomen n'arrête pas l'hémorrhagie Au bout de cinq minutes, état syncopal. Injection de 4 onces de perchlorure de fer, arrêt de l'hémorrhagie, rétraction de l'utérus. Convalescence longue, sans accidents. Nouvelle grossesse.

Les conclusions du Dr Lombe Atthill sont les suivantes :

1° Il existe des cas où les injections de perchlorure de fer sont d'une utilité incontestable et sont seules capables d'arrêter l'hémorrhagie;

2° Elles n'augmentent pas notablement les dangers de la pyoémie, de la septicémie et de la péritonite;

3° Malgré cela elles doivent être réservées surtout pour les cas d'anémie profonde et ne doivent pas être mises en usage sans nécessité.

Après le Dr Lombe Atthill, le Dr Hill Ringland lut à la même Société un travail dans lequel il reconnaît, avec le Dr Barnes, les dangers de l'introduction du perchlorure liquide dans la circulation ou dans le péritoine au travers des trompes et recommande le badigeonnage de la cavité utérine avec du perchlorure de fer solide. Il dit que depuis le mois de janvier 1872, ce traitement, imaginé par le Dr Wormsley Wier, a été mis 23 fois en usage et souvent avec succès. Nous n'insisterons pas sur les conclusions de l'auteur, qui termine comme le Dr Barnes, en disant qu'il est illogique de se priver d'un hémostatique puissant dans les cas où l'on a affaire à une hémorrhagie mortelle, sous prétexte qu'il peut être dangereux dans la suite.

Dans la discussion qui suivit la lecture de ces deux importants mémoires, plusieurs accoucheurs appuyèrent ces conclusions par des faits personnels. Ce fut d'abord le Dr More Madden, qui, depuis le 1er janvier 1870, a observé 10 cas d'hémorrhagies puerpérales, traitées par les injections de perchlorure de fer. Neuf fois l'hémorrhagie fut arrêtée, une seule fois elle continua après l'injection, chez une malade atteinte d'hémorrhagie secondaire dans le cours d'une petite vérole, le huitième jour après la délivrance. Sur les 9 cas dans lesquels l'hémorrhagie fut arrêtée, il compte 7 guérisons et 2 morts. Dans ces deux cas la mort n'est pas imputée par l'auteur à l'injection en elle-même, elle survint une fois le vingt et unième jour après l'accouchement, à la suite d'une pneumonie typhoïde, une fois subitement par embolie, genre de mort observé après la délivrance bien antérieurement à l'usage du perchlorure de fer. Le Dr More Madden conseille du reste, en terminant, de réserver l'emploi du perchlorure pour les cas graves ou les autres méthodes de traitement ont échoué.

Après que le Dr Mac Swing et Mac Clinctock eurent donné le résultat de leurs observations personnelles, le Dr Ringland dit qu'en collationnant tous les cas portés à la connaissance de la Société, on trouve que le perchlorure de fer a été employé 45 fois pour arrêter des métrorrhagies puerpérales. Dans tous es cas, à *une seule* exception près, l'hémorrhagie fut arrêtée. Il est vrai que sur ces 45 cas, on a eu 10 cas de mort, mais ces morts ne peuvent pas être attribuées à l'emploi du perchlorure de fer, sauf dans deux cas peut-être. Il fait remarquer en terminant que sans l'emploi de cet agent, la mortalité eût sans doute été encore bien plus considérable.

Depuis cette époque, deux nouveaux cas dus au Dr Swain, publiés dans l'*Obstetrical journal* de janvier 1875, et rapportés dans le numéro de mars des *Annales de gynécologie*, sont venus confirmer l'opinion des précédents auteurs.

Contrairement aux opinions précédemment émises, le docteur Snow Beck, dans un travail publié dans l'*Obstetrical journal* de février 1874, s'est élevé avec force contre l'emploi du perchlorure de fer. Il prétend que dans la majorité des cas où le

Dr Barnes a employé le perchlorure, les autres moyens usités en pareil cas, tels que le tamponnement, les applications de glace dans l'intérieur même de la cavité utérine, l'introduction de la main, etc., n'avaient pas été mis en usage comme ils auraient dû l'être en pareil cas.

Il insiste ensuite sur les graves dangers que présente cette injection qui détermine des accidents d'embolie, de fièvre puerpérale à forme grave ou même d'infection purulente. Ces opinions nous paraissent basées sur un nombre d'observations trop peu considérables pour être mises en parallèle avec celles présentées à la Société obstétricale de Dublin. Il propose en terminant les injections de vinaigre additionné de 2 ou 3 parties d'eau, injections préconisées déjà par Davis, en 1836, et connues en France depuis fort longtemps.

Sans vouloir insister ici sur les autres substances qui ont été portées dans l'intérieur de l'utérus dans le but d'arrêter les hémorrhagies puerpérales, mentionnons seulement la pratique de M. Évrat, qui portait dans la matrice un citron dépouillé de son enveloppe, et l'exprimait fortement dans sa main. Cette méthode, moins dangereuse peut-être que l'injection de perchlorure, a donné de très-bons résultats.

Dernièrement le Dr Trask (1) a préconisé l'injection de teinture d'iode dans la cavité utérine. Il admet que ce liquide est tout aussi efficace que le perchlorure de fer, et qu'il n'expose pas aux mêmes dangers.

Il nous est assez difficile de nous former une opinion bien arrêtée en face de ces discussions contradictoires. Néanmoins, nous croyons pouvoir admettre que l'injection de perchlorure de fer est un moyen qu'il est permis d'employer, mais seulement lorsque les moyens habituellement en usage ont échoué.

Dr Edouard Martin.

(1) *The American Journal of obstetrics*, février 1875, p. 613.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

HYPERTROPHIE VASCULAIRE, POLYPIFORME, DES LÈVRES DU COL DE LA MATRICE,

Par M. le professeur Stoltz.

Dans le nº 3 de la *Revue médicale de l'Est*, j'ai dit quelques mots sur les *polypes fibreux* de la matrice. Un rapport fait à la Société de chirurgie, dans sa séance du 16 décembre dernier, par M. Blot, sur une observation de *tumeur du col utérin* (ce que l'auteur de l'observation rapportée — le Dr Calmeille, de Guindon — appelle un *polype vasculaire*, n'était effectivement qu'une tumeur formée aux dépens d'une des lèvres du museau de tanche), me fournit l'occasion de faire ressortir la différence qu'il y a entre un polype proprement dit et les tumeurs formées aux dépens des lèvres du col.

D'abord, il est très-rare, on pourrait peut-être dire que jamais une des lèvres du col de la matrice n'augmente de volume *en dehors de l'état de gestation*, au point de pouvoir être confondue avec un polype. La grossesse seule, par les changements qu'elle fait subir à la contexture du tissu propre de l'utérus, peut transformer une lèvre du col en une tumeur qui paraisse plus ou moins pédiculée. Le travail de l'enfantement achève de lui donner une forme et une consistance analogues à un polype en la congestionn ant

« La délivrance était opérée, est-il dit, quand M. Calmeille est arrivé auprès de la malade; la tumeur pendait entre ses cuisses; elle était pyriforme et du volume d'une tête fœtale (à terme?); elle avait à sa face interne l'aspect du placenta (elle était par conséquent aplatie). Le pédicule était volumineux et semblait avoir pour origine la lèvre antérieure du col. On résolut d'enlever la tumeur. Un fil ciré fut placé autour du pédicule et serré au moyen d'un bâtonnet. On serra chaque jour un peu plus fortement. Le cinquième jour, le pédicule étant réduit au

volume du petit doigt, on l'entoura d'un fil de laiton qu'on tordit au moyen d'un petit étau. Le pédicule, mal étreint, ne fut pas coupé; alors on eut recours à une ficelle solide de fouet dont on fit passer les extrémités dans deux pièces de 50 centimes et deux rondelles de cuir trouées, puis dans une canule de trocart, et avec l'étau on fit de nouvelles torsions : la première ficelle se rompit, une deuxième acheva la section. »

On voit comment le praticien, qui n'a ni écraseur linéaire, ni constricteur de Maisonneuve, peut se tirer d'affaire.

La tumeur, isolée, fut trouvée recouverte d'une muqueuse très-adhérente et vasculaire. Incisée longitudinalement, elle était solide et pleine.

Le 22e jour des couches, on examina l'opérée au spéculum : le vagin fut trouvé libre, la paroi antérieure du col présentait *une excavation* au-dessous de laquelle on voyait les restes du pédicule; au 32e jour le col était refermé, consistant, avec *tuméfaction de toute la lèvre antérieure.*

Les réflexions du docteur Calmeille sont assez étranges : il a supposé qu'il existait avant la conception une tumeur pédiculée *qui avait pénétré dans la matrice* et s'y était développée en même temps que l'œuf. Il s'étonne que la grossesse n'ait pas été interrompue par la présence de cette tumeur dans le col.

Le rapporteur, M. Blot, donne de ce cas l'explication la plus simple et la plus naturelle. Le polype de M. Calmeille était un cas d'*hypertrophie* de la lèvre antérieure du col utérin, avec *œdème* et *vascularisation*. L'examen minutieux de la pièce l'a prouvé : de consistance molle, elle offrait une texture lâche et un grand nombre d'orifices vasculaires; de nombreux faisceaux de fibrilles de tissu conjonctif, très-peu de fibres élastiques, des orifices veineux très-larges et très-multipliés.

M. Blot mentionne ensuite un cas presque semblable observé par lui il y a une quinzaine d'années; seulement M. Blot n'a pas enlevé la tumeur parce que, après l'extraction de l'enfant, *elle rentra spontanément dans le vagin*, où elle s'atrophia au point qu'un mois après l'accouchement elle ne put plus être reconnue qu'au volume un peu plus considérable de la lèvre antérieure.

Il est à regretter que M. Blot n'ait pas indiqué à cette occa-

sion les faits analogues qu'il dit exister dans la science, ou qu'il n'ait pas nommé au moins les auteurs qui les ont rapportés.

En 1830 (il y a 45 ans par conséquent), j'ai publié dans un journal de Paris, intitulé : *la Clinique, annales universelles*, etc., t. II, p. 31 et 377, une *Note sur quelques maladies du col de l'utérus qui peuvent devenir cause de dystocie*. Dans cette note, je donne en détail l'observation d'un cas de tuméfaction considérable du col de l'utérus et notamment de sa lèvre *postérieure*, qui était transformée en une tumeur volumineuse et élastique, et qui a été poussée hors de la vulve par la tête fœtale au moment où celle-ci descendit dans l'excavation; alors seulement on put extraire la tête avec le forceps. Cette opération n'offrit pas de difficultés, mais, la femme délivrée, la tumeur, du volume du poing d'un adulte, resta pendante entre les cuisses et *ne put pas être refoulée dans le vagin*. A un examen attentif, je reconnus que la tumeur était formée par la lèvre postérieure du col, hypertrophiée, mollasse, élastique, violacée, infiltrée de sang; que la lèvre antérieure elle-même était tuméfiée et avait subi un commencement d'infiltration sanguine, mais n'était que doublée de volume; que le col était allongé, flasque et fendu jusqu'à sa base à gauche. Je contournai la partie inférieure du col, au-dessus de ses lèvres hypertrophiées, avec un fil de chanvre quadruple et ciré, que j'engageai ensuite dans un serre-nœud ordinaire. Je serrai l'anse le plus fortement possible; de cette façon, la partie inférieure du col (le museau de tanche) était entièrement étreinte, mais l'écoulement lochial put se faire par la déchirure latérale qui ressemblait alors à une large boutonnière. Tous les jours, deux fois, je serrai la ligature. Les tumeurs tombèrent le cinquième jour, et la puerpéralité suivit son cours ordinaire.

La tumeur la plus volumineuse (la lèvre postérieure) s'était crevée à sa base avant de tomber, et il en était sorti des caillots de sang réduits en partie en putrilage. L'examen anatomique ne laissa aucun doute sur la nature des parties enlevees. La pièce est encore conservée dans l'esprit de vin.

A l'époque où j'ai publié cette observation *in extenso*, j'ai appelé la tumeur, *spongieuse sanguine*, Burns a parlé depuis

longtemps de pareilles tumeurs et les a appelées *spongoid tumors*; il dit qu'elles ont leur siége principal dans le *corps* de l'utérus, il a parlé aussi et clairement de la tuméfaction de la lèvre postérieure du col formant une tumeur qui remplit le vagin et refoule l'orifice en avant, derrière le pubis.

Il est probable que Burns a observé des myômes ramollis des parois utérines, comme on en rencontre quelquefois au moment de l'accouchement. Rien ne prouve d'ailleurs que la transformation des lèvres du museau de tanche dont il est question n'ait pas eu pour point de départ une tumeur fibreuse interstitielle qui s'est ramollie et vascularisée. Cruveilhier parle de certains corps fibreux de l'utérus si fortement vascularisés qu'on peut les appeler des tumeurs fibreuses sanguines et même érectiles. Virchow dit (*Pathologie des tumeurs*, t. III, p. 385) que souvent les myômes mous s'accompagnent d'un développement vasculaire très-considérable, qui atteint quelquefois de telles proportions que la tumeur prend à s'y méprendre le caractère des tumeurs érectiles ou caverneuses; dans ce cas, il l'appelle *myôme télangiectasique* ou *caverneux*. Il n'y a presque pas de doute que la tumeur enlevée par le docteur Calmeille et celle que j'ai décrite il y a 45 ans, n'aient pas été de cette espèce.

De pareilles tumeurs, ne vaut-il pas mieux les extirper, comme l'a fait le docteur Calmeille et comme je l'ai fait moi-même longtemps avant lui, que de les refouler dans le vagin et d'attendre qu'elles s'atrophient? Cela dépend évidemment de l'idée que l'on se fait de la nature et de l'origine de ces tumeurs et ensuite de leur volume. Si l'on croit à l'existence d'un *myôme vasculaire*, il est évident qu'il vaut mieux en débarrasser la porteuse que d'attendre qu'il s'atrophie; si, au contraire, on a des raisons de supposer que la tumeur est le résultat pur et simple d'une dilatation vasculaire du tissu normal, on peut attendre beaucoup du travail régressif. Ainsi, tous les accoucheurs occupés ont eu l'occasion de voir le segment inférieur de la matrice poussé par la tête fœtale jusqu'à l'orifice vulvaire, et la lèvre antérieure du col venir faire saillie, pendant la contraction, sous le méat urinaire, sous forme d'une tumeur livide

que plus d'un a été tenté de prendre pour un corps étranger, un polype par exemple. En bien examinant, on trouve que cette tumeur n'est autre chose que la lèvre antérieure du museau de tanche, ordinairement un peu hypertrophiée à la suite d'accouchements antérieurs. En refoulant cette lèvre dans l'intervalle d'une douleur, en la maintenant derrière les pubis pendant la contraction, on fait remonter le cercle de l'orifice au-dessus de la tête (de l'occiput qui s'avance), et la tumeur ne reparaît plus. Après l'accouchement, on la sent *dans le vagin*, plus ou moins volumineuse encore, mais le dégorgement de la substance utérine la fait revenir à son état antérieur ou à peu près.

Si la tumeur polypiforme que présente la lèvre du col rentre spontanément dans le vagin, comme dans le cas de M. Blot, c'est un signe qu'elle n'était pas très-volumineuse et n'avait probablement pas subi une grande altération; mais une tumeur du volume du poing, et à plus forte raison de celui d'une tête d'enfant, pendante entre les cuisses, ramollie et fongueuse quel mal y a-t-il à l'enlever? Disons plus, l'indication de l'enlever nous paraît positive.

C'est dans ce cas (comme aussi dans ceux de véritable excroissance polypeuse née de l'une ou l'autre lèvre du col) que l'écraseur linéaire peut rendre les meilleurs services. La tumeur est visible, son pédicule facile à entourer; on n'a pas à craindre d'ouvrir une cavité voisine.

La galvanocaustique thermique serait aussi parfaitement indiquée, mais chacun ne peut pas se procurer l'appareil compliqué nécessaire, et le premier venu ne sait pas le manier. Les ligatures ordinaires agissent trop lentement, la tumeur se décompose pendant leur action et tombe quelquefois en putrilage, ce qui peut alors avoir de graves inconvénients. L'usage de l'instrument tranchant pourrait être suivi d'hémorrhagies inquiétantes.

En 1830, l'écraseur de Chassaignac n'était pas inventé, mais en 1874 on ne se sert plus d'une *ficelle* pour une pareille opération. Le constricteur de Maisonneuve pourrait suffire dans certains cas.

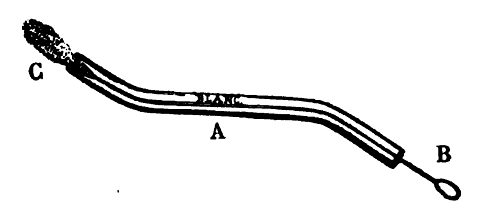
(*Revue médicale de l'Est*, 1er avril 1875.)

DE L'APPLICATION LOCALE D'ACIDE NITRIQUE DANS L'ENDOMÉTRITE DU COL ET DU CORPS DE LA MATRICE.

Par le Dr Woodbury (de Washington).

Je commençai, en 1868, mes investigations sur la métrite du corps et du col de la matrice. Convaincu que l'inflammation de ces parties était aussi persistante parce que les agents modificateurs employés habituellement ne pouvaient pénétrer que difficilement dans les tissus, je me mis à chercher un agent nouveau. L'acide nitrique, que j'avais employé avec succès dans d'autres maladies, me portèrent à rechercher si ce liquide ne pouvait pas être utilisé avantageusement dans le traitement de l'endométrite du col ou du corps de la matrice.

Je fis tout d'abord une injection de trois à cinq gouttes d'acide nitrique pur, à l'aide d'un instrument qui se composait d'un tube de verre recourbé à la façon d'un hystéromètre, et terminé par une petite poire de caoutchouc. Mais je renonçai à cet appareil pour me servir d'un instrument très-simple, dont voici la description, et que je désigne sous le nom d'*applicateur* (1).



L'instrument se compose d'un tube de verre A, présentant à son extrémité, destinée à être portée dans le col utérin, une courbure semblable à celle de l'hystéromètre. En sens inverse de

(1) M. Blanc, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, a bien voulu se charger de nous fabriquer cet instrument d'après les indications fournies par M. Woodbury, mais il a remplacé la tige d'acier par un fil de cuivre recouvert de gutta-percha, de façon que le métal ne puisse être attaqué par les divers liquides caustiques employés. A. L.

cette première courbure, et à peu de distance de l'autre extrémité, existe une seconde courbure, destinée à permettre à la main de l'opérateur d'agir en dehors de l'axe du tube, et de ne pas gêner la vue.

Ce tube, qui est arrondi à la lampe, à chacune de ses extrémités, a 17 à 18 centimètres de long, et son diamètre est tel qu'il peut être introduit facilement dans la cavité du col.

Ce tube est traversé par un ressort d'acier, qui est plus long que le tube de verre de 4 à 5 centimètres; une des extrémités de ce ressort, celle qui doit pénétrer dans l'utérus, est munie d'un petit tampon de coton C, et l'autre extrémité est terminée par un manche B.

Voici comment il convient de se servir de cet instrument : la boulette de coton est imbibée du liquide caustique, et elle est rentrée dans le tube, qu'elle ne doit pas dépasser; puis, l'extrémité du tube une fois essuyée avec soin, est introduite à travers un spéculum jusque dans la cavité utérine. Il est quelquefois nécessaire d'opérer préalablement une certaine dilatation de l'orifice du col pour pouvoir laisser passer le tube. Lorsque le tube est une fois introduit, on pousse doucement la tige de façon à faire saillir la boulette de coton en dehors du tube, et l'on cautérise la cavité du col ou du corps suivant les indications à remplir. On voit tout de suite qu'on peut agir ainsi juste au moment et à l'endroit que l'on veut.

Si vous le désirez, vous pouvez injecter quelques gouttes d'acide, de teinture d'iode, ou de tout autre liquide, si l'extrémité de la tige est assez garnie de coton pour tenir lieu de piston. Le liquide peut être poussé lentement et tomber goutte à goutte quand on vient à pousser la tige.

Je ne me sers pas de nitrate d'argent pour les raisons suivantes : parce qu'il ne pénètre pas assez profondément dans les tissus, parce qu'il produit la coagulation des liquides albumineux répandus à la surface de la cavité utérine, et à cause des douleurs qu'il détermine pendant quelques heures. De plus, il tache le linge, n'agit que lentement et échoue le plus souvent.

L'acide nitrique, au contraire, est très-efficace, il n'occasionne pas de douleurs, mais seulement une sensation de chaleur. Il

ne produit pas d'eschare notable, et ne détériore pas les vêtements par la raison qu'il n'arrive pas à leur contact.

Le Dr Atthill (1) a inventé un spéculum destiné à faire des applications d'acide nitrique dans l'intérieur de la matrice. Mais je pense que, dans la majorité des cas, l'instrument que je viens de décrire me semble bien plus convenable et plus utile pour le but que je me propose.

Bien que je considère l'acide nitrique comme l'agent le plus efficace dans les cas dont je viens de parler, je me sers néanmoins de quelques autres substances, tels que la teinture d'iode, ou l'acide phénique. Voici quelle est ma méthode de traitement: Tout d'abord je fais une application d'acide nitrique avec mon applicateur, après avoir eu soin d'enlever autant que possible les produits de sécrétion de la matrice. Le troisième jour, j'emploie l'acide phénique, ou la teinture d'iode, et le cinquième, je fais une nouvelle application d'acide nitrique.

Je dois faire remarquer que lorsque je fais ces applications alternatives pendant la première semaine, ou pendant dix jours, je ne fais jamais deux applications consécutives d'acide nitrique. Dans les cas ordinaires, le nombre total des applications d'acide nitrique n'excède jamais quatre ou cinq. Après chaque application, je place dans le vagin, à travers le spéculum, un tampon de coton auquel est attaché un fil solide. Le tampon est imbibé d'un mélange d'acide phénique et d'huile d'olive, dans la proportion de 1 à 6 parties, ou d'extrait aqueux de ciguë. Le tampon est laissé en place pendant vingt-quatre heures, et enlevé par la malade elle-même. Les parties sont ensuite nettoyées par une injection de solution de sulfate de zinc, ou d'eau savonneuse.

Dès que les organes commencent à être en meilleur état, ce qu'indique la diminution des sécrétions, les applications sont faites à des intervalles de temps plus éloignés. Si la malade est atteinte d'anémie, je donne les préparations ferrugineuses.

J'ai traité plus de cinquante cas d'endométrite du col ou du

(1) Braithwaite, nº 67, juillet 1873, p. 178.

corps, et j'en ai obtenu des résultats satisfaisants quant à la guérison et à la durée du traitement.

Il y a quelques mois, j'ai donné mon instrument à mon ami le Dr Lincoln, et lui ai fait connaître ma méthode. Il avait auparavant appliqué l'acide nitrique avec une sonde ordinaire. Aujourd'hui (12 octobre 1874), il m'a annoncé qu'il avait employé mon instrument, et qu'il avait obtenu des résultats satisfaisants, et même obtenu la guérison dans quelques cas, que tout d'abord il avait considérés comme devant résister au traitement.

Si l'on fait l'application avec soin, je crois que l'acide nitrique est un remède plus sûr que le nitrate d'argent, la potasse caustique, le nitrate de mercure, et qu'il doit leur être préféré.

En terminant, je dois conclure que c'est un remède héroïque et dont la valeur sera mieux appréciée à mesure que son usage se généralisera. Je crois pouvoir prédire que, dans peu d'années, ce sera le remède favori de l'endométrite du corps et du col, maladie ennuyeuse, persistante et souvent incurable. (*The American Journal of obstetrics*, 1er février 1875, traduit par le Dr A. Leblond.)

DE L'INFLUENCE PERNICIEUSE DES ALCOVES SUR LES ACCOUCHÉES.

Par M. le Dr Vibert,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu du Puy (Haute-Loire),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dès mes premières années de pratique, j'avais été souvent surpris de la grande fétidité de l'atmosphère des alcôves occupées par les accouchées, surtout à partir du quatrième jour; mais je m'étais borné à recommander d'écarter autant que possible les rideaux qui, d'habitude, ferment l'entrée de ces réduits, et de bien aérer la chambre. Il y a six ans, quelques faits, sur lesquels je reviendrai, frappèrent mon attention, et me démontrèrent l'étroite connexion qui existait entre cette fétidité et la production de certains états fébriles qui, chez

quelques-unes de mes accouchées, résistaient longtemps à tous les traitements que je leur opposais. Ils m'amenèrent, en outre, à rechercher la cause de la persistance de cette fétidité, et à la trouver dans la manière incomplète dont l'air se renouvelle, soit dans les alcôves, soit sous de simples rideaux, soit encore dans ces chambres à forme allongée qui n'ont d'ouvertures qu'à une de leurs extrémités, celle qui est opposée à l'espace occupé par le lit. Le fait le plus saillant fut celui d'une jeune femme chez laquelle la fièvre, née dans l'alcôve, disparut par le transfert du lit au milieu de la chambre, pour reparaître avec le retour de l'accouchée dans l'alcôve, et ne céder qu'à un nouveau et définitif déplacement hors de cette maudite niche.

Depuis que mon attention a été éveillée sur cette fâcheuse influence, j'ai rencontré une foule de faits qui, tous, ont corroboré l'exactitude de mes premières observations.

Comme cet effet n'a pas été, à ma connaissance, noté jusqu'à présent, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile d'en faire l'objet d'une première étude et de le signaler à l'attention de mes collègues.

Tout d'abord dans cette question, il est un premier fait qui se présente à l'esprit et qui l'étonne : c'est que, dans une pièce grande et bien aérée, l'espace compris dans l'alcôve puisse échapper au renouvellement de l'air et conserver, comme en un réservoir, les miasmes qui s'échappent des lochies. Cependant, le fait existe, il est fréquent et facile à vérifier; en effet, il suffit, apres avoir constaté que l'air d'une pièce est assez pur, de mettre le nez dans l'alcôve où est l'accouchée pour être frappé de l'odeur pour ainsi dire *compacte* qu'on y rencontre, dans laquelle on entre et de laquelle on sort comme on le ferait d'un épais brouillard.

Ce fait n'a cependant rien que de très-naturel, et chacun de nous a pu le voir se produire dans des conditions analogues, sur le bord des cours d'eau les plus rapides, dans ces petites anses où tournoient presque indéfinitivement des flocons d'écume, des morceaux de bois, etc. C'est le même phénomène qui a lieu pour l'air des alcôves ; mais notre esprit conçoit plus difficilement l'idée qu'il puisse se former une pareille sépara-

tion entre deux masses d'air en communication aussi libre que celle qui existe entre l'air d'une chambre et celui de son alcôve; et ce qui contribue à nous éloigner de comprendre ce qui se passe dans ce cas, c'est l'habitude où nous sommes de constater la rapidité avec laquelle se répandent la plupart des mauvaises odeurs ; comme le plus souvent ces odeurs appartiennent à des gaz, nous en concluons tout naturellement à la facilité du mélange entre matières gazeuses, et nous restons convaincus qu'en renouvelant l'air d'une chambre nous devons assainir du même coup celui de son alcôve. Ce n'est pourtant pas ce qui a lieu ; c'est qu'en effet le mélange dont nous parlions plus haut n'est rapide que parce qu'il s'agit de gaz dont la densité est différente, et qu'il n'en est plus ainsi pour des fractions contiguës d'un même gaz.

Essayons donc d'analyser ce qui se passe entre l'atmosphère d'une chambre et celle de son alcôve : l'air de la chambre, en vertu des courants qu'on y établit pour le faire se renouveler, prend des directions très-variées, mais qui, en réalité, se résument à deux principales, suivant lesquelles il peut rencontrer le bloc d'air contenu dans l'alcôve ; les unes plus ou moins perpendiculairement, les autres plus ou moins obliquement au plan de séparation de l'alcôve et de la chambre.

Sous la pression des courants perpendiculaires, l'air de l'alcôve *fléchit comme un coussin élastique*, et réagit ensuite sous la pression des courants obliques, il prend un mouvement de *rotation sur lui-même* et tournoie dans le sens que lui imprime l'impulsion qu'il a reçue.

Sans doute, aux points de contact des deux masses d'air il se fait bien des échanges de molécules, *mais le gros de chacune de ces masses conserve son individualité*. J'insiste avec intention sur ce fait de l'autonomie que peuvent garder des portions d'air contiguës mais animées de vitesses d'air différentes, parce qu'il est généralement peu connu, et qu'il faut une certaine attention pour arriver à se représenter l'air d'une alcôve tournoyant sur lui-même sans se mélanger sensiblement avec celui qui l'avoisine, puis les miasmes y séjournant comme les algues dans la mer des Bargasses, au milieu de l'Atlantique ; comme

les petits morceaux de bois dans les anfractuosités des rives de nos cours d'eau; en un mot, l'air obéissant dans une alcôve aux mêmes lois qui produisent à la surface du globe ces zones calmes, entre lesquelles s'écoulent, comme entre deux berges aériennes, les vents, ces fleuves de l'atmosphère.

On peut donc établir des courants d'air dans une chambre, y renouveler presque indéfiniment l'air qu'elle contient, sans parvenir à modifier sensiblement celui de son alcôve.

Par conséquent, les miasmes qui s'y développent doivent y séjourner; et bien loin de nous étonner de voir notre odorat nous y révéler leur présence d'une manière si manifeste, qu'il suffit d'y faire attention pour en être frappé, nous ne serons plus surpris que d'une chose, c'est qu'un fait aussi important n'ait jamais été l'objet d'une mention spéciale.

Après avoir formulé, d'une manière que je me suis efforcé de rendre aussi convaincante que possible, les conditions physiques du phénomène, il me reste à citer les faits qu'il m'a été donné d'observer et qui m'ont conduit à le reconnaître.

Mon attention fut éveillée pour la première fois, il y a quelques années, sur cette question, chez une jeune femme qui fut prise, cinq jours après un accouchement des plus réguliers, d'une série d'accès de fièvre quotidienne dont ne rendait compte aucune lésion organique. J'essayai inutilement les évacuants, les préparations de quinquina, le sulfate de quinine: la fièvre persistait; la langue restait saburrale, la peau chaude, tantôt sèche, tantôt sudorale; l'appétit avait disparu, la malade s'anémiait de jour en jour et perdait ses forces. Elle était couchée dans une alcôve dependante d'une pièce grande et que *je faisais bien aérer;* des rideaux à demi ouverts resserraient la communication entre l'alcôve et la chambre. Chaque fois que j'avançais la tête dans l'alcôve j'étais frappé de l'odeur puerpérale que j'y rencontrais, et je prescrivais les plus grands soins de propreté. Chaque jour je retrouvais cette même odeur, dont j'attribuais l'intensité à l'activité de la source qui la produisait, car il ne me venait pas à l'idée qu'avec une chambre si bien aérée, et dans laquelle l'odorat ne révélait aucune mauvaise odeur, les miasmes pussent *séjourner dans l'alcôve.*

Un beau jour, enfin, j'eus l'heureuse inspiration de faire amener le lit au milieu de la chambre, au grand effroi de l'entourage qui redoutait les refroidissements pour la malade.

Quelle ne fut pas ma satisfaction en voyant disparaître, en moins de trois jours, tous ces accidents de fièvre infectieuse qui m'avaient donné de réelles inquiétudes.

Ce fut seulement alors que, faisant appel à mes connaissances en physique, je me rendis compte *de la réalité et de l'importance* des phénomènes de cette *petite météorologie domestique*, dont j'ai donné la théorie en commençant ce travail.

A quelque temps de là, une primipare accouchée dans les meilleures conditions, mais dans une alcôve, fut également prise d'accès de fièvre à partir du cinquième jour ; je recommandai de déplacer le lit, mais je ne fus obéi que huit jours après. Or, l'état fébrile, qui s'était tous les jours de plus en plus accentué, cessa comme par enchantement dès que la malade eut passé trente-six heures au milieu de la chambre, *et sans le moindre médicament.*

Ces deux faits et quelques autres semblables que j'eus l'occasion d'observer auraient, à eux seuls, suffi pour me former une conviction ; mais une jeune et charmante femme devait encore me fournir un exemple plus frappant.

Son lit était placé perpendiculairement au mur du fond dans une pièce assez grande, à plafond un peu bas, éclairée par deux fenêtres faisant face au lit. A l'aide de tentures on avait fait, de chaque côté du lit, un cabinet de toilette. Le lit, dont la tête était adossée au mur, était ainsi enfermé dans une alcôve artificielle dont les parois étaient formées d'étoffe de laine. L'accouchement avait été régulier, pas même trop long pour une primipare ; cependant, au moment où la jeune femme se souleva pour quitter ses vêtements elle fut prise d'une hémorrhagie qui eût été foudroyante sans une rapide intervention ; mais que je pus immédiatement maîtriser.

Tout alla bien jusqu'au quatrième jour, la fièvre de lait fut normale et courte; mais, dès le cinquième jour, apparut un malaise général fébrile avec anorexie. Je recommandai de tirer le lit au milieu de la chambre et ne fus pas écouté ; le sixième

et le septième jour, mêmes accès de fièvre intermittente, irréguliers; mêmes recommandations aussi peu obéies. Je pris alors le parti d'amener moi-même le lit au milieu de la chambre ; dès le lendemain la malade allait mieux, deux jours après la situation était si bonne que la malade fit ramener dans l'alcôve ce lit qui rompait l'harmonie de son ameublement. L'état fébrile reparut et dura deux jours encore pour céder de nouveau dès que le lit fut retiré de cette maudite niche que j'appellerais volontiers *le marais Pontin des appartements*, ma jeune accouchée se résigna cette fois à se rétablir entièrement au milieu de la pièce. Un pareil fait n'a pas besoin de commentaires et suffirait, à lui seul, pour édifier solidement la thèse que je poursuis.

J'ai rencontré depuis lors bon nombre de faits dans lesquels la fâcheuse influence de l'air confiné des alcôves était manifeste pour des yeux ouverts à cette action délétère, et je suis intimement convaincu que tous ceux qui voudront y faire attention seront frappés, comme moi, de la réalité de ce que j'avance.

Je ne dis pas que ces accidents se retrouvent chez toutes les accouchées situées dans une alcôve, mais je maintiens que cette condition est très-souvent la seule cause de ces états fébriles qu'on voit assez fréquemment survenir après des couches dont les débuts heureux faisaient espérer un plus prompt rétablissement.

Je le répète, le fait seul d'être installée dans une alcôve ne constitue pas, pour une accouchée, une *cause inévitable* de fièvre, et cela s'explique tout naturellement par plusieurs raisons.

En effet, chez les unes, la puissance de l'organisme domine l'effet délétère des miasmes; chez d'autres, ces miasmes se produisent en trop petite quantité pour avoir une action ; chez le plus grand nombre, dans la classe laborieuse par exemple, la femme accouchée se lève dès le troisième jour et s'éloigne ainsi, pendant plusieurs heures de la journée, du siége de l'infection. Dans ces mêmes classes, la température de l'alcôve ou du réduit occupé par la malade qui la réchauffe étant supérieure à celle de la pièce, il en résulte un échange continuel entre leurs

atmosphères, et, par suite, un renouvellement d'air entier de l'accouchée.

Par un mécanisme inverse le même résultat se produit quand la température de la chambre est supérieure à celle de l'alcôve. Je ne dis pas non plus que l'alcôve est la cause exclusive de ce genre d'accidents, car je les ai observés également chez des femmes couchées au fond des chambres à forme allongée, où la porte et l'unique fenêtre se trouvaient situées à l'autre extrémité de la pièce; le renouvellement de l'air qui entourait le lit s'y faisait, par conséquent, d'une manière aussi incomplète que dans les alcôves.

En conséquence, ce travail, tout en confirmant une fois de plus l'influence fâcheuse, mais bien connue de l'air confiné sur les accouchées, a pour but d'éveiller l'attention de mes collègues sur l'existence de cet air confiné dans des conditions où elle me paraît n'avoir pas été soupçonnée jusqu'à présent.

Si j'avais tenu note de tous les faits plus ou moins complets de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer, je pourrais en citer un grand nombre, mais leur énumération, me fût-elle possible, n'apporterait aucun jour nouveau à la question.

Il en est un cependant qui, par son importance, mérite d'être signalé; le voici :

Il y a un an, je fus appelé dans une petite ville des environs du Puy auprès d'une dame de 35 ans, habituellement robuste. On m'apprit qu'à la suite d'une suppression mensuelle de trois mois elle avait eu une hémorrhagie ; je la trouvai dans l'état suivant:

Elle avait une fièvre intense, la langue sèche, du subdélirium, le ventre douloureux, tendu, l'utérus peu développé et sensible à la pression, des pertes sanieuses, fétides. En un mot, un état général d'autant plus alarmant qu'il s'aggravait de jour en jour. La malade était couchée dans une alcôve attenant à une *petite* pièce encombrée de meubles, de vêtements ; le plafond en était bas ainsi que celui de l'alcôve ; l'ouverture de cette dernière était diminuée par des rideaux latéraux et un lambrequin; il y avait continuellement cinq ou six personnes autour de la malade ; l'atmosphère de l'alcôve avait un odeur caracté-

ristique ; un collègue fort distingué qui avait vu la malade avant moi avait prescrit un traitement à base tonique et antiseptique. Son pronostic avait été si grave qu'on m'avait appelé, malgré une grande distance, pour avoir mon avis.

Je maintins le traitement de mon honorable collègue, mais j'y ajoutai le déblaiement immédiat de tous les meubles et vêtements éparpillés dans la pièce ; je fis remplacer les tisons de la cheminée par du menu bois produisant beaucoup de flamme, et, par là, un grand tirage dans la cheminée pour activer le renouvellement de l'air. Je fis supprimer tous les rideaux de l'alcôve et tirer le lit aux trois quarts dans la chambre, puis je chiffonnai deux ou trois journaux que je brûlai dans la ruelle de l'alcôve, afin d'en renouveler l'air aussi complètement que possible, et j'eus la satisfaction de faire disparaître la mauvaise odeur qui y existait. Je recommandai toutes les précautions nécessaires pour le renouvellement de l'air sans courir les chances d'un refroidissement, ce qu'il fallait éviter avec le froid qui régnait alors ; c'était en décembre, et à 915 mètres d'altitude. Huit jours après, je recevais du mari une lettre de reconnaissance dans laquelle il me disait que sa femme avait éprouvé, *dès le lendemain*, *un mieux très-prononcé*, que, trois jours après, elle avait rendu une *masse de chair*, et que l'amélioration avait continué au point que la malade était à peu près guérie.

La conclusion à tirer des faits que je viens de relater et de tous ceux du même genre que j'ai observés, c'est qu'il faut autant que possible éviter les alcôves, les rideaux trop bien fermés, les pièces dont l'aération est difficile, en un mot *tout ce qui peut empêcher le renouvellement de l'air autour des accouchées*. Quoique la disposition des lieux ne se prête pas toujours à l'observation facile de cette règle, *il faut arriver quand même à la réalisation*, toutes les fois que des accidents fébriles se déclarent et que l'odorat nous révèle en même temps *l'existence persistante d'une mauvaise odeur dans l'atmosphère que respire la malade*, car on peut être certain que si cette odeur n'est pas la cause exclusive de la fièvre, elle en est à coup sûr un puissant auxiliaire dont il est urgent de se débarrasser. (*Lyon médical*, 14 février 1875.)

REVUE CLINIQUE

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ D'UN FŒTUS

VENU EN POSITION OCCIPITO-SACRÉE

ET ATTEINT CONSÉCUTIVEMENT D'UNE GANGRÈNE DU CUIR CHEVELU.

Par le Dr Lizé (du Mans),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Le 20 janvier 1874, au matin, Mme de R..., âgée de 40 ans, multipare, d'une constitution lymphatique et nerveuse, étant parvenue au dernier terme de sa grossesse, se trouve brusquement inondée dans son lit par une grande quantité de liquide, et me fait appeler en toute hâte. Je me transporte à son domicile, et je pratique immédiatement le toucher vaginal : aucune partie fœtale ne s'offre au détroit supérieur; le summum d'intensité des battements de cœur de l'enfant s'entend directement en avant et un peu à droite, ce qui annonce probablement une position occipito-iliaque droite dont la variété ne peut être déterminée, à cause de la trop grande élévation du produit. Pas de douleurs dans tout le cours de la journée; état général excellent; repos horizontal.

Les 21, 22, 23 et 24 janvier, les eaux continuent de s'écouler en quantité variable, sans donner lieu à la moindre douleur. En palpant le ventre, je trouve l'utérus assez dur. La pelvimétrie digitale ne fait reconnaître aucun rétrécissement. Mme de R... et son mari étant fort inquiets, j'appelle le Dr Garnier en consultation. Ce confrère habile et prudent exerce le toucher et, comme moi, ne peut rencontrer que le vide au détroit supérieur. Tous les deux nous soupçonnons une présentation vicieuse du fœtus, mais sans pouvoir la préciser.

Le 25 janvier au matin, le toucher est de nouveau mis en œuvre, et je puis sentir une oreille au détroit supérieur; mais elle est si haute, qu'il m'est impossible d'indiquer si l'inclinai-

son s'est faite sur le pariétal droit ou bien sur le pariétal gauche. Les battements du cœur fœtal, devenus plus sourds, s'entendent exclusivement dans la fosse iliaque droite, et l'utérus est très-incliné de ce côté. Il faut ajouter que cette obliquité de la matrice a pu favoriser l'inclinaison de la tête de l'enfant au détroit supérieur. Plus d'écoulement de liquide amniotique dans la journée. Mme de R... est si bien le soir, vers dix heures, que je la trouve jouant aux cartes avec son mari. Je ne pratique pas le toucher; expectation.

Le sixième jour, au matin, vers huit heures, après quelques contractions violentes, Mme de R... accouche en quelques minutes d'une fille, qui vient en position occipito-postérieure, avec enroulement du cordon autour du cou et un allongement considérable de la tête, par suite du chevauchement des os les uns sur les autres. — Ainsi, après avoir parcouru toute la face antérieure du sacrum et du périnée, l'occiput se montre au dehors, glissant sur le plan incliné représenté par la nuque, et revient fortement sur lui-même, pour faciliter le dégagement des parties antérieures de la tête. Aussi voit-on celle-ci éprouver son mouvement d'extension autour de la nuque comme centre, et, apparaître au-dessous de la symphyse, d'abord la fontanelle antérieure, puis la suture coronale, le front, le nez, la bouche et le menton (1).

Peu de temps après son expulsion, j'essaie vainement d'extraire le placenta, qui reste enfermé dans une loge incarcérante.

Les parois du corps de la matrice n'ayant pas obéi à leur retrait naturel, et des contractions continues ayant convulsé les fibres musculaires du col, il en est résulté la formation d'une cellule enchatonnante et un utérus véritablement *bilobé;* de là, impossibilité d'extraire le placenta par les moyens ordinaires. Le décollement partiel, provoqué par des frictions hypogastri-

(1) Chose assez rare dans les présentations occipito-postérieures, le périnée n'a pas été rompu, malgré la pression violente exercée sur lui par l'occiput. Cela tient à ce que, d'après la manœuvre de Hohl, je l'ai soutenu convenablement de la main droite, tandis qu'avec les doigts de la main gauche je refoulais suffisamment la tête du fœtus.

ques et des tractions sur le cordon, donne lieu de temps en temps à une assez forte hémorrhagie, qui s'arrête quand toute manœuvre est suspendue. — Enfin, après une assez longue attente, le spasme du col ne pouvant être rompu par l'introduction de deux doigts, je glisse dans sa cavité une pince à polypes, et, en écartant graduellement ses branches, je puis dilater l'orifice au point de pouvoir ensuite engager successivement deux doigts et la main tout entière; enfin je termine l'extraction du délivre avec beaucoup de difficultés et de précautions.

Le soir, Mme de R... éprouve de violentes tranchées utérines, qui cèdent à l'emploi de la digitale, ce bon excitateur de la contractilité de la matrice. Arthrite subaiguë de l'index gauche et prurit général qui développe chez cette dame un état nerveux très-prononcé. Les suites de couches ne sont pas traversées par d'autres accidents.

Le 27, le bonnet de l'enfant est taché de sang au niveau de l'occiput et de la bosse pariétale droite, qui offrent un aspect ecchymotique dans une large étendue; gonflement et rougeur vive de la face, de la paroi thoracique et du membre pelvien du côté droit.

Les 28, 29, 30 et 31 janvier, une eschare de 10 centimètres, en ligne transversale, sur 8 en ligne verticale, se dessine de plus en plus au niveau de la tubérosité occipitale, de manière à envahir presque toute cette région de la tête. Plaie contuse des téguments qui recouvrent la bosse pariétale droite. Application de compresses imbibées d'alcool camphré.

Le 2 février, le cordon ombilical se détache.

Le 3, chute de l'eschare, qui met l'os occipital à nu.

Le 4, fièvre très-intense. Le Dr Garnier est appelé de nouveau en consultation. Pansement avec charpie imprégnée d'un mélange d'eau phéniquée et alcoolisée. Allaitement de l'enfant par une excellente nourrice venue de la campagne.

Les 11, 12 et 13, une rougeole confluente se déclare avec fièvre; les bourgeons charnus sont moins beaux; un peu plus de suppuration.

Le 14, la plaie est recouverte d'une fausse membrane jaunâtre. Même pansement.

Période de desquamation ; flux intestinal : rien du côté des bronches.

Les 24 et 25 février, poussée catarrhale du côté de la bouche, du larynx, des bronches et de l'intestin ; fièvre. Mauvais état de la plaie qui suppure davantage. — Vésicatoire volant entre les épaules ; badigeonnage de la cavité buccale avec miel rosat et chlorate de potasse ; — quelques prises de sous-nitrate de bismuth à l'intérieur.

Le 26, mieux sensible, qui se prononce de plus en plus les jours suivants.

Le 24 mars, la plaie est complètement cicatrisée ; elle laisse, d'une apophyse mastoïde à l'autre, une cicatrice transversale, mesurant 10 centimètres de long. On dirait le tranchant d'un scalpel qui aurait divisé complètement le cuir chevelu. Dans la région pariétale droite, où le derme avait été fortement contusionné, le tissu de cicatrice est peu apparent.

Désormais, l'enfant de Mme de R... est à l'abri d'accidents nouveaux, et, avec le sein d'une nourrice jeune et vigoureuse, il se développe de jour en jour à merveille.

Réflexions. — Plusieurs réflexions doivent être faites au sujet de cet accouchement :

1° La rupture prématurée de la poche des eaux, avant toute douleur, s'explique peut-être par l'énorme distension de l'utérus et l'inclinaison prononcée de celui-ci à droite. Cette grande distension de l'organe utérin lui a sans doute fait perdre ses propriétés contractiles, puisqu'il n'y a pas eu de douleurs pendant cinq jours. L'écoulement graduel du liquide amniotique pendant tout ce temps a seulement permis à la matrice de revenir peu à peu sur elle-même et sur le produit, et il est arrivé un moment où cet organe a tout d'un coup retrouvé sa contractilité, qui s'est manifestée par des douleurs violentes et incessantes pendant quelques minutes seulement, ce qui a déterminé l'expulsion brusque du fœtus.

2° Il faut admettre que, sous l'influence de la rétraction utérine, ou bien de contractions sourdes et inconscientes, comme le pensait Cazeaux, le sommet de la tête, qui la veille se présentait transversalement au détroit supérieur, a pu opérer un mou-

vement de rotation, de manière à s'engager dans l'excavation et à ramener l'occiput dans la concavité du sacrum, au lieu de le ramener derrière le pubis. Dans cet engagement des parties fœtales, ce ne fut pas seulement la tête qui traversa l'excavation, mais la tête et le tronc tout ensemble, comme cela se produit dans les positions occipito-postérieures. C'est ce qui explique les lésions de la région occipitale, de la bosse pariétale droite et de tout le côté droit du corps. Évidemment ces diverses parties du fœtus ont été rudemment comprimées contre le cercle osseux du bassin, et la région occipitale en particulier, répondant sans doute au vide du bassin, a subi de la part de l'utérus des étreintes si vigoureuses, qu'elle en a été frappée de sphacèle.

3° Les lésions du cuir chevelu sur la bosse pariétale droite font admettre une position occipito-iliaque droite transversale, changée en occipito-sacrée, le toucher pratiqué la veille de l'accouchement ayant pu seulement faire reconnaître une présentation transversale de la tête, sans préciser le côté qui s'offrait au détroit supérieur.

4° Il est bon d'appeler l'attention sur cette contracture du col utérin qui donna naissance à un enchâtonnement du placenta, après l'expulsion du produit.

Je n'ai pu briser cette contracture avec les doigts seuls, et il m'a fallu l'emploi d'une pince à polypes, dont j'augmentais graduellement l'écartement lorsque les mors étaient engagés dans le conduit. — C'est une imitation de la méthode qui, dans d'autres circonstances, permit à M. Kœberlé d'ouvrir le col utérin pour faciliter l'accouchement.

Avant de terminer cette longue observation, il n'est pas superflu de revenir un peu sur la gangrène du cuir chevelu de l'enfant de Mme de R... Cette lésion grave a pu marcher vers la guérison, malgré les entraves apportées par une rougeole intense, et cela, sans retentissement du côté de l'encéphale et de ses enveloppes. Il faut noter la rareté de ce fait et le rapprocher de celui de M. Lorain, mentionné dans le *Traité des maladies des nouveau-nés* de Bouchut; seulement, il ne faut pas oublier de constater cette différence : c'est que, dans le cas de M. Lorain, la mort a été la conséquence finale de la lésion, tandis

qu'ici, la guérison est venue réparer la désorganisation du cuir chevelu.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Kystes séreux ovariques. — M. PANAS donne lecture d'un mémoire sur les kystes séreux-ovariques, dont voici les conclusions :

1° Parmi les kystes réputés ovariques, il existe une classe de kystes uniloculaires à liquide spécial, et dont le traitement est aussi simple que certain dans ses résultats.

2° Les caractères du liquide kystique sont : l'absence complète de viscosité; sa diaphanéité parfaite (à quelques exceptions près); sa pauvreté en matière protéique (albumine modifiée) et sa richesse relative en sels alcalins (principalement en chlorure de sodium). Peu ou point précipitable par la chaleur et l'acide azotique, le liquide en question est précipité par l'alcool. A cet égard, il y a analogie entre ce liquide et celui des kystes spermatiques chez l'homme, comme nous avons pu nous en convaincre par l'examen comparatif des deux liquides.

3° Nous ignorons, quant à présent, si le point de départ de ces kystes est bien réellement l'ovaire, ou plutôt le *parovarium* (corps de Rosenmuller).

4° Le traitement de ces kystes est bien plus simple encore que ne l'avait enseigné Boinet lorsqu'il préconisait la ponction suivie d'injection iodée. Une simple ponction par le trocart de trousse nous a suffi dans tous les cas pour obtenir, par l'évacuation complète ou partielle du liquide, une guérison définitive.

5° En procédant de la sorte, non-seulement on n'a rien à craindre, mais on évite aux malades jusqu'à la plus petite souffrance. En un mot, le traitement de ces kystes est bien autrement facile que celui de l'hydrocèle simple ou spermatique chez l'homme, qui exige à peu près toujours l'emploi d'injections caustiques ou fortement irritantes. (*Séance du 9 mars* 1875.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Sur une simplification opératoire applicable à l'ablation de certains polypes de l'utérus (suite, voir le commencement page 234).

Voici maintenant en quoi consiste la simplification opératoire dont il s'agit. Deux points principaux la caractérisent, ce sont :

1° La suppression de l'abaissement préalable soit de la tumeur, soit de la matrice;

2° L'application, sur l'extrémité adhérente du polype, d'une anse métallique solide, que l'on porte à l'aide du constricteur (1) jusque dans la matrice, en suivant, à cet effet, le mode d'introduction des branches du forceps dans la cavité de cet organe.

La première de ces modifications se comprend assez d'elle-même; elle n'exige évidemment aucun commentaire.

Quant à la seconde, il convient, pour la réaliser, de procéder comme il suit. L'anse du constricteur étant inclinée sur la tige suivant un un angle approprié (généralement d'environ 120 degrés), on manœuvre ensuite l'instrument à la manière d'une branche de forceps. A cet effet, portant deux doigts dans le vagin jusqu'au contact du polype, on les introduit de la longueur d'une demi-phalange au moins, entre ce dernier et l'orifice utérin; puis, le long de ces doigts pris pour guides, on fait glisser l'anse métallique jusqu'à l'ouverture de la matrice. Arrivée à ce point, l'anse doit être dirigée de façon que son sommet s'engage dans l'ntérus, par le côté opposé à celui qu'occupaient les doigts. Ceux-ci, en effet, se déplacent momentanément pour favoriser cet engagement. L'axe de la tumeur répond ainsi au vide de l'anneau constricteur. Les deux doigts intra-vaginaux étant ainsi ramenés à leur première position, le chirurgien fait pénétrer entre eux et le polype la racine de l'anse en même temps que la tige du serre-nœud. De cette façon, la tumeur s'engage par son extrémité dans l'anneau métallique; et il suffit alors, pour arriver à son attache, de pousser avec douceur l'instrument jusqu'au fond de l'utérus. Le pédicule se trouve ainsi entouré de la corde métallique, et celle-ci en effectue, par le jeu du constricteur, la section complète.

Afin d'assurer le succès de l'opération, il est encore certains détails d'exécution que l'on doit s'appliquer à réaliser. Ainsi :

1° On facilitera l'introduction du serre-nœud jusqu'au point qu'il doit occuper, en faisant immobiliser la matrice à l'aide d'une légère pression sur le fond de l'organe.

2° On aura soin de faire correspondre, autant que possible, le sommet de l'anse au côté de l'utérus sur lequel il est reconnu que s'implante la tumeur; par conséquent, la tige de l'instrument devra être introduite du côté opposé.

3° Le constricteur de Maisonneuve sera préféré à tout autre, parce que, mieux que les autres, il permet de porter jusque dans l'utérus l'anse métallique avec le degré voulu d'inclinaison ou de flexion sur

(1) Il s'agit ici du constricteur de Maisonneuve, tel qu'on le trouve fabriqué par la maison de Charrière et Colin.

la tige. Or, ce degré doit être nécessairement variable suivant le point d'insertion du polype dans la cavité de la matrice.

4° Afin d'éviter les hémorrhagies, il convient de n'effectuer la section qu'avec lenteur; de plus, l'anse métallique doit être formée de cinq ou six fils étroitement tordus, de façon à constituer une corde résistante, homogène et d'un diamètre d'au moins 3 millimètres.

5° Enfin, au lieu de deux doigts, la main entière sera quelquefois nécessaire pour guider l'instrument et engager l'anse autour du polype.

Si je ne m'abuse, certains avantages importants se trouvent liés à l'emploi de ce mode opératoire. En procédant comme il vient d'être dit, on peut en effet intervenir de bonne heure et prévenir ainsi l'inversion partielle de l'utérus, de même que l'épuisement de la malade; par la suppression de l'abaissement artificiel de l'utérus et de la tumeur, on évite à la patiente et les douleurs que provoquent des tractions énergiques, et les inconvénients d'une élongation brusque des attaches de la matrice; enfin, on se met à l'abri d'un accident opératoire possible : la perforation des parois utérines introversées par le polype.

Mais pour exécuter l'opération suivant les données qui précèdent, il est nécessaire — ai-je besoin de le dire — que la tumeur s'offre dans certaines conditions; car tous les polypes inclus dans la matrice ne ressortissent pas à la chirurgie active. Pour être applicable, le mode opératoire dont il s'agit exige, en effet : 1° que l'orifice utérin soit suffisamment dilaté, c'est-à-dire que son diamètre permette, sans effort dangereux, le passage de l'anse et de la tige du serre-nœud; 2° que la matrice n'offre aucune dépression soit de son fond, soit de ses parois, qui puisse faire craindre l'existence d'une inversion partielle ; 3° que le diamètre de la tumeur n'excède pas celui de la cavité vaginale, à travers laquelle l'instrument doit d'abord cheminer.

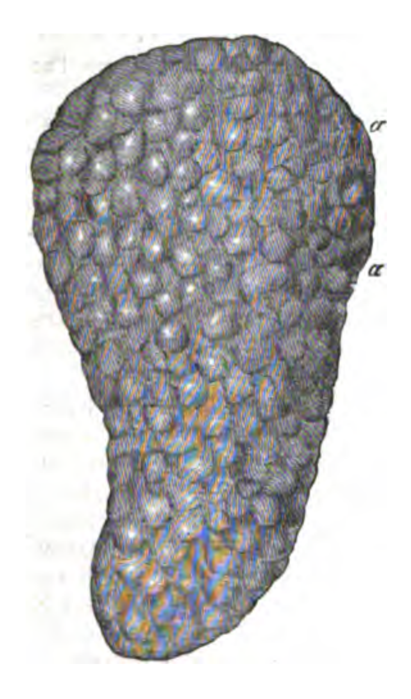
Moyennant ces dispositions, je le répète, l'ablation des polypes encore contenus dans l'utérus est une opération parfaitement exécutable avec sécurité et succès.

A l'appui de ce qu'il avance, M. Guéniot lit une observation de polype fibreux de la matrice implanté profondément dans la cavité de l'organe ayant donné lieu à des accidents hémorrhagiques et fébriles très-graves (1). L'ablation totale de la tumeur fut faite à l'aide du constricteur (modification opératoire). Les accidents cessèrent immédiatement, et la malade se rétablit parfaitement. Le fibroïde enlevé (voir la figure) mesurait 8 centimètres de long sur 4 de large à la base et 3 centimètres et demi d'avant en arrière.

---

(1) Voir cette observation dans les Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, série nouvelle, t. I, n. 1.

De forme régulièrement conoïde, rosée sur presque tous ses points et hérissée à sa surface d'une multitude de petits mamelons qui rappellent vaguement les circonvolutions du cerveau, la tumeur se présente revêtue d'une muqueuse très-mince à peine reconnaissable sur la grosse extrémité et qui ne pénètre pas jusqu'au fond des sillons in-



termamelonnaires. Son pédicule situé sur le côté gauche à 1 centimètre de la base offre une surface de section circulaire dont le diamètre est de 18 millimètres. Ce point est le seul qui soit à vif et fournisse un très-léger suintement de sérosité sanguinolente.

M. Guéniot résume ensuite l'idée de sa communication dans les deux conclusions suivantes :

1° Certains polypes inclus dans la matrice, peuvent être avantageusement excisés de bonne heure, c'est-à-dire avant qu'ils aient pénétré dans la cavité du vagin et causé l'épuisement de la malade;

2° Le procédé d'exérèse à mettre en usage en pareil cas, loin d'être difficilement applicable est, au contraire, d'une simplicité plus grande que ceux qu'on emploie généralement contre les polypes abaissés jusqu'à la vulve.

Discussion. — M. Hervez de Chégoin rappelle son procédé opéra-

toire, dont il a été fait mention dans une des dernières séances et qui lui a donné des succès constants.

M. Boinet insiste sur la différence très-grande qui existe entre les polypes pédiculés et les polypes sessiles et sur l'impossibilité de distinguer les uns des autres avant que le col soit dilaté. Pour obtenir cette dilatation, il s'est servi du seigle ergoté, qui lui a donné de bons résultats. Chez une malade, épuisée par des hémorrhagies répétées, M. Boinet, après avoir produit à l'aide de cet agent, une ouverture du col large comme une pièce de cinq francs, exerça sur la tumeur, avec deux érignes implantées dans son épaisseur, des tractions modérées qui la firent descendre graduellement dans le vagin et qui permirent de l'enlever sans accident, bien qu'elle fût implantée par une large base. Dans un autre cas, le polype était fixé au fond de l'utérus ; sous l'influence du seigle ergoté, le col se dilata, et la tumeur vint faire saillie dans le vagin, où elle put être saisie au moyen d'érignes et abaissée davantage, sans renversement de la matrice.

M. Tillaux fait remarquer qu'il y a une grande différence entre les cas où le polype est descendu tout entier dans le vagin et ceux où il fait peu de saillie au-dessous du col. Lorsqu'il ne se montre point au dehors, la conduite du chirurgien est beaucoup plus difficile.

M. Cruveilhier s'est servi récemment, pour enlever un polype utérin, de l'écraseur linéaire : sa malade est morte d'infection purulente. Chez une autre malade, actuellement dans son service, un polype fait une saillie d'un centimètre hors de la matrice ; mais le col est appliqué si étroitement sur la tumeur, qu'il est impossible de faire passer même un stylet de trousse entre les deux.

M. Guéniot reconnaît la distinction établie par M. Tillaux et se propose de modifier dans ce sens une des conclusions de sa note. Quand le col n'est pas dilaté, M. Guéniot conseille également de recourir au seigle ergoté, et même de faire des débridements multiples. comme pour certains accouchements. Quand la dilatation est suffisante pour laisser passer l'instrument, dit M. Guéniot, le polype fait toujours une saillie notable dans le vagin ; l'anse, dans ces cas, peut être portée sur la tumeur sans qu'on risque de pincer la paroi utérine : il y a plus de sécurité pour l'opérateur que lorsque le polype est engagé tout entier dans le vagin, puisqu'il ne peut y avoir encore de renversement de la matrice. L'ablation en une seule séance des polypes utérins au moyen de l'anse métallique est pratiquée journellement avec succès ; elle n'offre pas les inconvénients de la ligature lente, usitée par les chirurgiens qui nous ont précédés, et qui, laissant pourrir sur place les tumeurs, exposaient leurs malades à l'intoxication putride. (*Bullet. et mémoires de la Société de chir.*, t. I, n° 1, 1875.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Essai sur les causes de l'adhérence du placenta, par le Dr Libert (1). — Voici les conclusions de ce travail :

I. Il faut chercher ailleurs que dans un état pathologique les causes de l'adhérence. Suivant l'opinion de Joulin, et d'autres auteurs modernes, il faut les chercher dans un excès de l'état physiologique.

II. Cet état que l'on ne connaît pas encore bien, peut s'expliquer ainsi : le placenta, comme organe de première importance dans la vie fœtale, est retenu solidement à l'utérus pendant tout le temps de la grossesse par les liens du tissu connectif, mais un travail d'élimination ou de séparation, pour ainsi dire, se prépare de longue date, de telle sorte qu'au moment de la délivrance naturelle, il est achevé.

Telle est l'opinion de M. Robin. Ne serait-ce pas que ce travail a été arrêté dans les cas d'adhérence?

La force de l'adhérence ne dépendrait-elle pas de l'époque où ce travail a été arrêté? Ce travail est-il dû à un excès ou à un manque de nutrition? Toutes questions que l'auteur se pose mais qu'il ne lui est pas possible de résoudre.

Quant à l'intervention médicale, elle doit toujours avoir lieu. C'est un fait acquis aujourd'hui, qu'il faut toujours porter la main dans l'utérus et entraîner le placenta après quelques heures seulement d'expectation, mais il ne faut agir qu'avec la plus grande prudence pour ne pas aller au-delà du but qu'on se propose.

Guérison complète d'une vaste fistule uréthro-vésico-vaginale avec le cautère actuel, par le Dr d'Ormea. — Une femme de 35 ans, à la suite d'un accouchement laborieux, terminé par une application de forceps, eut une large fistule uréthro-vésico-vaginale qui intéressait une partie de l'urèthre et la vessie, sur une largeur de 2 centimètres et demi environ. L'auteur, s'appuyant sur les faits de Rizzoli, Lesi, Belvederi, Soupart, Van Wetter, Bouqué, etc., recourut au traitement par la cautérisation. Le 2 septembre 1869, avec un cautère sphérique chauffé au rouge, il cautérisa les bords de cette vaste ouverture. Il survint des phénomènes inflammatoires du côté de la vessie qui obligèrent à se borner à des cautérisations avec le nitrate d'argent et à employer des médicaments balsamiques. L'étendue de la fistule avait diminué de moitié, quand, le 13 novembre, on fit une nouvelle cautérisation au fer rouge sur les bords de la plaie. Le 6

(1) Thèse de Paris, 1874.

décembre, le 6 janvier, le 26 février et le 5 mars, nouvelles cautérisations au fer rouge. De temps en temps, dans les intervalles, on touche les bords avec le nitrate d'argent. La guérison était complète le 21 mars 1870. (*Bolletino delle science mediche*, septembre 1873.)

VIAULT.

De l'administration des remèdes pendant la menstruation. — Dans un article de la *Nuova Liguria medica*, traduit dans le *Marseille médical* par le Dr Guichard de Choisity, le Dr Livino Piccirilli traite longuement la question fort complexe de l'administration des remèdes pendant la menstruation. En voici le résumé, qui peut offrir un certain intérêt pour le praticien.

C'est un tribut de respect que la plupart des opinions accordent à l'utérus, en suspendant tout remède, lorsque, pendant le cours d'une médication, la menstruation reparaît. Cette première fonction du sexe est la garantie de la santé des femmes, et on applaudit à son apparition, on craint de la troubler en agissant sur d'autres organes suivant leur besoin. Mais la raison du médecin ne doit pas conserver les règles générales par imitation et par habitude; il est nécessaire qu'elle recherche la dépendance des faits et mesure la gravité des circonstances. Dans l'économie, en parfaite santé, il est réellement imprudent de provoquer l'action d'autres organes, puisqu'il existe la loi des compensations et des transpositions d'actions, et qu'il n'est pas bon d'appeler ailleurs la tendance fluxionnaire de l'organe génital. Le cas est bien différent dans l'état de maladie où l'intensité du processus pathologique est la principale cause qui détourne de l'utérus la somme des éléments physiologiques nécessaires à la sécrétion habituelle, et fait que celle-ci disparaît ou ne se montre que faiblement. Et l'on peut en général affirmer que la sécrétion sanguine s'effectue d'autant mieux qu'on s'efforce davantage de ramener l'économie dans les conditions physiologiques. Par conséquent, tout ce qui modère et domine l'état morbide et arrive à ramener l'état normal, loin d'altérer les tendances de l'utérus, les sollicite et les facilite.

(*Moniteur thérapeutique*, n° 12, 1874.)

Effets produits sur le fœtus par le chloroforme donné pendant le travail. — Le Dr Zweifel, de Strasbourg (*Berl. Klin. Wochensc.*), a fait récemment des recherches sur ce sujet. Paul Dubois avait déjà remarqué que l'anesthésie de la mère augmentait la rapidité des battements du cœur du fœtus. L'auteur avait souvent observé de l'ictère chez les nouveau-nés lorsqu'on s'était servi de chloroforme pour la mère, mais il ne pouvait encore le rattacher avec certitude

à cette influence. Son attention fut sérieusement attirée sur ce fait en sentant, dans l'air expiré par un enfant né depuis quelques heures, une odeur très-nette de chloroforme. La mère était accouchée sous l'influence de l'anesthésique, mais aussitôt après sa naissance l'enfant avait été porté dans une pièce voisine où il n'y avait pas de chloroforme. Dans le but de déterminer si l'anesthésique était transmis jusqu'à l'enfant au moyen de la circulation maternelle, Zweifel institua l'expérience suivante : il prit le placenta d'une femme qui venait d'accoucher et à laquelle il avait donné du chloroforme pendant quinze minutes seulement plus d'une heure auparavant, et, après l'avoir débarrassé des caillots qui y étaient restés adhérents, il le plaça dans un vase bien clos. Le lendemain, lorsqu'il ouvrit le vase, il en sortit une odeur très-distincte de chloroforme et un examen plus approfondi démontra la présence de ce corps. En examinant en outre l'urine de l'enfant, l'auteur put s'assurer définitivement de l'influence de l'anesthésique sur le fœtus. — Puisque l'usage des narcotiques est contre-indiqué chez les enfants, il est important de décider jusqu'à quel point il est permis d'anesthésier les femmes en travail sans préjudice pour les fœtus (*France médicale*).

Trois observations de grossesse extra-utérine; observations recueillies à la clinique du professeur Breisky, de Berne, par le Dr Conrad. (*Corresp., Bl. f. schweiz. Aerzte*, 1874, n° 5.)

Voici le résumé de la première observation :

Femme de 26 ans, sans antécédents morbides. Dernières règles, au milieu d'octobre 1872; un mois après, métrorrhagie pendant trois jours, mais sang moins abondant et plus pâle que celui des règles normales, appétit inusité, augmentation des seins et du ventre. Au milieu de décembre, à l'époque menstruelle, fièvre, céphalalgie, douleurs de l'abdomen surtout à gauche. La patiente est forcée de s'aliter pendant tout le mois de janvier; c'est alors qu'elle commence à remarquer une tumeur près de l'aine gauche; à la fin du mois, sans cause appréciable, douleurs violentes, tuméfaction du ventre, dyspnée, pâleur, faiblesse et syncope. Plusieurs médecins croient à une fin prochaine; néanmoins la malade se rétablit peu à peu. Dans le cours de février, expulsion par le vagin de débris membraneux mêlés d'un peu de sang et suivis d'un écoulement fétide pendant plusieurs jours; diminution de volume des seins et de l'abdomen. Quatre semaines plus tard, vomissements, et douleurs dans le ventre et le membre inférieur gauche. — Etat le 12 juin : Tumeur abdominale globuleuse, occupant la ligne médiane jusqu'à l'ombilic, et se continuant par en bas dans le petit bassin; elle est douloureuse à la pression, surtout à gauche, où elle remplit la fosse iliaque. Sur un point de

la tumeur, entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, les téguments présentent de l'amincissement et une mollesse plus grande; ce point peu étendu reçoit seulement la pulpe du doigt; il y a là évidemment une lacune dans la paroi. Par le toucher vaginal, on sent la même tumeur, en avant et en arrière du canal; le corps de l'utérus ne s'en distingue pas nettement; l'hystéromètre pénètre à 6 centimètres, en se dirigeant en haut et à gauche. — On pose le diagnostic : grossesse extra-utérine, probablement abdominale et consécutive à une grossesse tubaire gauche avec rupture du sac. — L'indication était claire, il n'y avait qu'à venir en aide à la nature; aussi dès le lendemain, on fait, au niveau de la portion amincie de la paroi abdominale, une incision qui ne donne issue qu'à un peu de sang. Le stylet pénètre dans la plaie de 5 à 6 centimètres de profondeur sans rencontrer de surfaces dures; introduction d'un bourdonnet de charpie. La sécrétion de la plaie resta séro-sanguinolente jusqu'au 30 juin, où il y eut sortie de débris de chorion garnis de villosités, puis écoulement fétide suivi de pus véritable. Le 12 juillet, le stylet introduit dans le trajet fistuleux va heurter contre des parties dures et raboteuses, non mobiles; dans les premiers jours d'août, on parvint à extraire, avec les pinces, des fragments de côte et de mâchoire inférieure, paraissant appartenir à un fœtus d'environ 3 mois; d'autres os, tels que ceux du crâne, sortirent consécutivement. En janvier 1873, fistule complètement cicatrisée. Utérus un peu volumineux, en antéflexion et dévié à gauche; en arrière et à gauche, on sent une place peu étendue indolore, mais rénitente, c'est tout ce qui reste du sac utérin. Menstruation complètement normale. J. B.

VARIÉTÉS.

A Monsieur LEBLOND, Rédacteur en chef des *Annales de Gynécologie*.

Monsieur et honoré Confrère,

Votre légitime réclamation relative à l'instrument de M. Siredey me permet de vous fournir quelques explications que, je l'espère, vous voudrez bien accepter.

Si j'eusse, connu la note du journal de médecine et de chirurgie pratiques que vous avez reproduite, j'en aurais certainement tenu compte dans ma communication orale à la Société des sciences médicales de Lyon, comme je l'ai fait pour d'autres instruments. Après avoir rappelé le porte-caustique de Lallemand, employé par M. de Scanzoni, et celui de M. Richet, j'aurais ajouté que la sonde de M. Siredey devait être comme eux inapplicable dans la condition que je cherchais à bien établir. Il s'agissait, en effet, de faire pénétrer un

porte-caustique dans un utérus dont l'orifice interne ne se laissait pas franchir par un hystéromètre de dimension et de forme ordinaire, ni par conséquent par l'instrument de M. Siredey. Cette pénétration serait encore bien plus difficile si l'extrémité de la sonde est recouverte sur toute sa circonférence d'une couche de caustique qui la fait ressembler plus ou moins à un crayon.

La sonde porte caustique dont je me sers rappelle en tous points, disais-je, devant la Société des sciences médicales, celles de Lallemand et de M. Richet, et j'ajoute aujourd'hui celle de M. Siredey. Seulement son diamètre, comme celui de l'hystéromètre de M. Marion Sims, est presque inférieur de moitié au diamètre des sondes ordinaires. C'est à cause de ses faibles dimensions que j'ai été obligé de la faire fabriquer en platine pour éviter sa rupture au niveau des cuvettes. Ma communication portait donc moins sur la description d'un nouvel instrument que sur l'impossibilité de franchir avec ceux qui étaient à notre disposition le canal cervical coudé et rétréci.

Enfin, il est un point qu'il n'est pas de ma compétence d'éclaircir et que je renvoie aux chimistes. Est-il vrai, comme vous le dites avec notre honorable confrère de Lariboisière, que le nitrate d'argent léquéfié par la chaleur et qu'on soustrait à la flamme pour le vider dans la cuvette de la sonde, ne sert guère qu'à noircir les tissus.

La clinique me paraît avoir, depuis longtemps, réfuté cette assertion. Il n'est besoin, pour s'en convaincre, que d'appliquer le porte-caustique sur une plaie ou sur une muqueuse et d'apprécier les effets objectifs et subjectifs de cette application.

Veuillez agréez, monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments distingués, LAROYENNE.

Lyon, le 28 mars 1875.

Du chlorate de potasse dans l'avortement. — La *Gazette médicale* de Paris nous rapporte d'après la *Nuova Liguna medica* que le Dr Bruce a fait à ce sujet une communication à la Société obstétricale d'Edimbourg. Il s'est appuyé sur des observations dues aux Drs Ingles, Cairns, Moir et Keiller, qui ont reconnu au chlorate de potasse des propriétés anti-abortives puissantes.

Le Dr Livino Piccinilli, de Gênes, dit avoir connaissance de plusieurs cas dans lesquels des femmes qui ordinairement ne pouvaient arriver au terme de leur grossesse, ont pu conduire à bien leur gestation sous la bienfaisante influence du chlorate de potasse.

..letin mensuel des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris pendant le mois de février 1875.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale.		Femmes dont la grossesse a présenté des complications.			MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale.		Femmes dont la grossesse a présenté des complications.			DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
		Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.		
Hôtel-Dieu....	20	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pitié........	27	»	1	»	»	1	»	3.70	»	»	3.70	»	»
Charité.......	28	»	1	»	»	1	»	3.57	»	»	3.57	»	»
Saint-Antoine.	28	1	»	»	»	1	3.57	»	»	»	3.57	»	»
Necker.......	20	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Beaujon......	22	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Lariboisière...	66	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Louis...	71	1	2	»	»	3	1.40	2.80	»	»	4.20	»	»
Lourcine.....	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres).	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	284	2	4	»	»	6	0.70	1.40	»	»	2.10	»	»
Services spéciaux													
Cochin.......	73	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1 (1)
Cliniques.....	47	»	3	»	»	3	»	6.37	»	»	6.37	»	»
Mon d'Accouchem.	129	»	1	»	»	1	»	0.77	»	»	0.77	»	»
TOTAL.......	249	»	4	»	»	4	»	1.45	»	»	1.45	»	1

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	879	»	»
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	186	»	»

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

(1) Péritonite puerpérale.

BULLETIN ANNUEL des Accouchements et des Décès constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris, pendant l'année 1874.

NOMS des Établissements.	NOMBRE des Accouchements.	CAUSES DES DÉCÈS: Fièvres puerpérales.	CAUSES DES DÉCÈS: Autres causes.	CAUSES DES DÉCÈS: TOTAL.	MORTALITÉ p. 0/0: Fièvres puerpérales.	MORTALITÉ p. 0/0: Autres causes.	MORTALITÉ p. 0/0: TOTAL.	Décès de femmes non accouchées à l'hôpital (1).	OBSERVATIONS.
Hôtel-Dieu....	256	13	5	18	5.07	1.96	7.03	12	(1) Ou admises après des tentatives infructueuses d'accouchement.
Pitié	391	3	8	11	0.76	2.05	2.81	»	
Charité.......	351	9	7	16	2.85	1.99	4.84	3	
Saint-Antoine	397	11	10	21	2.77	2.51	5.28	6	
Necker	155	10	4	14	6.45	2.58	9.03	6	
Cochin	717	8	2	10	1.10	0.26	1.36	2	
Beaujon.....	304	3	7	10	0.98	2.63	3.61	3	
Lariboisière ..	839	17	2	19	2.03	0.23	2.26	13	
Saint-Louis ..	813	23	9	32	2.83	1.10	3.93	5	
Lourcine	32	1	»	1	3.12	»	3.12	»	
Cliniques	561	18	27	45	3,20	4,82	8.02	2	
Temporaire ..	3	»	1	1	»	33.33	33.33	»	
Total....	4819	116	82	198	2.40	1.70	4.10	52	
Maison d'accouchement...	1265	6	24	30	0.47	1.90	2.37	2	
Total général	6084	122	106	228	2.00	1.74	3.74	54	

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	Accouchements.	Décès.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par des sages-femmes des Bureaux de bienfaisance...	10990	15	0.13
Accouchements des femmes envoyées par l'administration pendant neuf jours chez des sages-femmes de la ville................	2189	7	0.31

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Esthiomène rongeant de la vulve, par GILLETTE (*Rev. de thérap. méd. chir.*, 1er décembre 1874).

Une observation de chancre syphilitique du col, par Charles SCHWARTZ (*Annales de dermatologie*, n. 1, 1874).

Les forceps interdits au détroit supérieur, par le Dr PUGLIÈSE (de Tarare) (*Lyon méd.*, 6 décembre 1874).

Amaurose des femmes en couches, par WEBER (de Saint-Pétersbourg) (*Scalpel* 1874, p. 119 et *Annales d'oculistique*).

De la généralisation de certaines tumeurs de l'ovaire, par COYNE (*Gaz. méd.*, de Paris, 1874, p. 340).

Présentation du placenta par sa face utérine pendant la délivrance, ses conséquences fâcheuses, moyens d'y remédier, par BAILLY (*Gaz. hôp.*, 1874, p. 1018).

Les anesthésiques et les impressions sexuelles de la femme (*Lyon méd.*, 7 février 1875, p. 220).

Sur l'amputation de la portion vaginale du col de l'utérus, par OTTO SPIEGELBERG (de Breslau) et ODEBRECHT (de Fribourg) (*Beitræge zur Geburtsh. und Gyn.* et *Lyon méd.*, janvier 1875, p. 141).

Sur un cas d'amputation spontanée dans l'utérus, par le Dr MACAR (*The med. press and Circular*, 6 janvier 1875 et *Gaz. méd.*, 1875, p. 59).

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Menton sous le rapport climatologique et médical, par le Dr J. F. FARINA, 1 vol. in-12 de 245 p., chez Douin. Paris, 1875.

Les lois de la génération; sexualité et conception, par le Dr GOURRIER, 1 vol. in-12 de 160 p. J.-B. Baillère, éditeur. Paris, 1875.

De l'onanisme; causes, dangers et inconvénients pour les individus, la famille et la société, par le Dr H. FOURNIER, 1 vol. in-12 de 175 p. J.-B. Baillère, éditeur. Paris, 1875.

Des contractures, par le Dr Isidore STRAUS. Thèse d'agrégation. Paris, 1875.

De l'aphasie, par le Dr LEGROUX. Thèse d'agrégation. Paris, 1875.

Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux, par le Dr Georges DIEULAFOY. Thèse d'agrégation. Paris, 1875.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR LE TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE PAR LES EAUX MINÉRALES.

Par le Dr Durand-Fardel (1).

Je range, sous la dénomination de métrite chronique, une série d'actes pathologiques divers, comprenant les catarrhes vaginaux et utérins, les engorgements utérins et péri-utérins, et les érosions et ulcérations du col. Ce rapprochement est ici d'autant plus légitime que la considération de ces divers actes pathologiques, sans être précisément étrangère aux indications respectives des eaux minérales en particulier, ne tient que peu de place dans l'indication de la médication thermale elle-même.

L'indication des eaux minérales se présente très-souvent dans le cours des métrites chroniques, car elle surgira presque

(1) Leçon faite à l'Ecole pratique.

toujours dans les cas si fréquents où celle-ci résiste opiniâtrement aux médications ordinaires, ou bien où l'on voit ses diverses expressions se reproduire à mesure qu'on est parvenu à les éteindre.

Quel rôle thérapeutique les eaux minérales ont-elles à jouer dans le traitement de la métrite chronique ? A quelles eaux faut-il recourir ? A quelles conditions d'opportunité leur intervention est-elle soumise ? Je chercherai à l'exposer le plus succinctement et le plus clairement possible.

Lorsqu'il s'agit d'instituer le traitement thermal d'une métrite chronique, on doit rechercher d'abord : pourquoi la maladie s'est-elle développée ? par quoi est-elle entretenue ?

Or l'on trouve que la plupart de ces malades ont leur constitution altérée soit par quelque état constitutionnel déterminé, soit par suite d'une hygiène vicieuse. Un grand nombre sont lympathiques, ou scrofuleuses, ou herpétiques, ou chlorotiques. L'arthritis (diathèse urique), le rhumatisme, le nervosisme simple, ne tiennent pas grande place dans cette pathogénie. D'autres, qui ne sont ni scrofuleuses ni herpétiques, ont pâti sous le rapport hygiénique : qu'il s'agisse d'insuffisance de l'alimentation ou de l'habitation, ou d'insuffisance de l'exercice, de conditions de misère ou de luxe, on rencontre une constitution amoindrie.

Tel est le cas le plus ordinaire pour les métrites survenues en dehors de la parturition. Pour celles, en si grand nombre, qui ont leur point de départ dans la parturition, nous rencontrons ces mêmes conditions pathogéniques : mais nous avons affaire aussi à des femmes dont les conditions physiologiques paraissaient intactes lors de la naissance de la maladie. C'est qu'il arrive souvent que les premiers symptômes de la métrite chronique sont méconnus ou dissimulés. Ou bien ce sont des phénomènes appelés autrefois sympathiques, aujourd'hui réflexes, qui ont attiré l'attention sur d'autres points que l'appareil utérin ; ou bien les malades se sont soustraites aux examens et aux soins nécessaires. Pendant ce temps perdu, la maladie s'est développée et s'est installée, et l'influence exercée par elle sur la menstruation, sur les fonctions digestives, sur

l'innervation et, par suite, sur la nutrition, a entraîné un état de détérioration de l'organisme analogue à celui qui, dans d'autres circonstances, en avait amené le développement.

On peut donc établir que, dans l'immense majorité des cas au moins, la métrite chronique s'est développée ou est entretenue par des conditions constitutionnelles vicieuses, se rattachant à des états diathésiques ou constitutionnels, essentiels ou dus à des circonstances hygiéniques particulières, primitifs le plus souvent, mais quelquefois secondaires à l'apparition de la métrite elle-même.

Si les indications doivent viser d'abord ces conditions constitutionnelles qui président, à des titres divers, à l'existence actuelle de la maladie, il est d'autres circonstances auxquelles elles ne doivent pas davantage rester étrangères, et qui sont relatives à l'état des organes malades eux-mêmes.

L'utérus est un organe éminemment fluxionnaire, circonstance qui se trouve en rapport avec son fonctionnement physiologique. Tant que celui-ci est troublé dans ses conditions d'évolution régulière, l'appareil utérin demeure exposé à des mouvements fluxionnaires qui, ne trouvant à se résoudre que d'une manière imparfaite, viennent aggraver les conditions pathologiques dont il est le siége. En outre, la métrite s'accompagne, en général, d'un état névropathique caractérisé par une névrose générale, hystérique ou hystériforme, ou par des névralgies localisées; de sorte que toute femme, atteinte de métrite chronique, doit être considérée comme se trouvant, à un degré quelconque, sous l'imminence d'accidents fluxionnaires ou névrosiques dont il importe, au plus haut point, de tenir compte dans toutes les applications thérapeutiques.

Voici deux séries d'indications nettement établies, les unes positives, afférentes à l'état général de la constitution, les autres déduites de l'état des organes malades, et que l'on pourrait appeler négatives. Les unes et les autres peuvent être considérées comme indépendantes de la forme morbide comprise sous la dénomination générale de métrite. Je dirai tout à l'heure la part que celle-ci peut avoir à prendre à la détermination du traitement.

Que réclament les indications positives? Des actions altérantes, reconstituantes ou résolutives. Ces actions ne sont autres que celles que nous recherchons dans les médications ordinaires. Mais elles s'obtiennent ici dans des proportions tout autres, et qui font de la médication thermale une ressource supérieure et souvent indispensable.

Les actions altérantes sont opposées aux états constitutionnels définis dont j'ai signalé le caractère pathogénique. Les actions reconstituantes, qu'il est si souvent nécessaire de combiner aux précédentes, s'adressent au délabrement de l'organisme, qui offre souvent aussi un caractère pathogénique, mais qui peut aussi n'exister qu'à titre consécutif. Enfin les actions résolutives ont trait aux lésions de tissu, engorgement et catarrhes. Il est donc indiqué par de semblables objectifs de recourir aux eaux minérales qui possèdent au plus haut degré les qualités afférentes à de telles actions.

Mais il faut toujours avoir présent à l'esprit l'état congestif ou névrosique qui peut compliquer la métrite, ou du moins la susceptibilité congestive ou névrosique qui l'accompagne le plus ordinairement. On devra donc, dans le plus grand nombre des cas, redouter les eaux minérales très-actives, les températures très-élevées et les modes d'administration très-énergiques.

C'est précisément dans cette double considération de l'état général et de l'état local, et des indications jusqu'à un certain point contradictoires qui en dérivent, que gît la difficulté du traitement thermal dans l'ordre de faits qui nous occupent, et la nécessité d'y apporter une très-grande attention.

Nous examinerons maintenant les ressources que nous fournit la médication thermale, au point de vue des indications altérantes, reconstituantes et résolutives.

Les eaux sulfurées sont altérantes de l'herpétisme, les eaux bicarbonatées sodiques de l'arthritis, les chlorurées de la scrofule.

Toutes les eaux minérales sont reconstituantes dans une certaine mesure, mais d'autant plus formellement que leur minéralisation est plus caractérisée. Mais cette action reconstituante s'adresse à des conditions distinctes de l'organisme.

Les chlorurées sont spécialement reconstituantes des constitutions lymphatiques et scrofuleuses. Les bicarbonées sodiques sont spécialement reconstituantes des constitutions délabrées par de mauvaises conditions hygiéniques. Les unes et les autres paraissent agir aussi en raison d'une action spéciale sur la nutrition, en rapport avec leur mode d'action altérante. Les sulfurées, très-reconstituantes pour les scrofuleux et les lymphatiques, et en général pour tous les individus affaiblis par une cause quelconque, paraissent devoir ces propriétés plutôt à une stimulation générale du système qu'à une modification directe de la nutrition ; leur mode d'action paraît plus superficiel, et celui des chlorurées et des bicarbonatées plus intime.

Les actions résolutives appartiennent surtout aux eaux fortement minéralisées, et à bases sodiques déterminées, telles que les chlorurées et les bicarbonatées sodiques. Ceci s'applique particulièrement aux engorgements caractérisés par une prolifération du tissu conjonctif. Quant aux altérations des membranes muqueuses qui accompagnent les catarrhes, et très-spécialement ceux des muqueuses superficielles, ou voisines de la périphérie (respiratoires et génitales), elles ressortissent absolument aux eaux sulfurées.

Voici la part faite, d'une manière très-générale, aux indications positives : mais il est également une part très-importante à faire à ce que j'ai appelé les indications négatives, et qui représentent en réalité des contre-indications relatives.

Les actions altérantes, reconstituantes et résolutives sont en général d'autant plus prononcées que l'on a affaire a des eaux d'une minéralisation mieux déterminée ; mais ces dernières sont d'autant plus excitantes que leur caractérisation est plus formelle et leur action thérapeutique mieux assurée.

Or, l'excitabilité congestive ou névrosique, qui appartient si communément à la métrite, sera souvent un obstacle à l'emploi d'eaux minérales dont l'indication semblait le mieux établie par l'état diathésique ou constitutionnel, ou par la nature des altérations existantes.

Il faudra donc alors chercher dans les différentes classes d'eaux

minérales soit les stations, soit les sources, qui présenteront leurs propriétés affaiblies, ou par une moindre minéralisation, ou par quelque circonstance afférente à leur propre constitution. Mais on trouvera surtout des applications moins énergiques, mais plus facilement utilisables, dans la grande famille des eaux à minéralisation *indéterminée*, que l'on a appelées eaux *indifférentes* ou eaux *thermales simples*, et auxquelles revient le traitement d'un grand nombre de métrites chroniques.

Il me reste à exposer l'application des principes relatifs aux indications et aux appropriations générales de la médication thermale, qui viennent d'être exprimés.

Le traitement thermal de la métrite chronique est généralement très-simple. Les bains prolongés, bains de piscine, bains à eau courante, en sont la partie essentielle. Cependant l'usage interne des eaux réellement médicamenteuses, ferrugineuses, sulfureuses, bicarbonatées, leur est souvent combiné avec avantage. Quant aux douches, il faut être très-réservé dans leur emploi; les douches vaginales doivent être à peu près bannies de ces traitements, ou réservées pour des engorgements très-atoniques et aménorrhéiques. Mais les irrigations vaginales sont presque toujours utiles: elles font participer à l'action du bain les surfaces malades, et y portent un liquide résolutif et cicatrisant. L'indication des douches lombaires, hypogastriques ou génitales est toute de circonstance; mais leur emploi réclame lui-même beaucoup de circonspection. Je veux parler des douches thermales proprement dites, et ne fais pas allusion aux pratiques hydrothérapiques.

Les eaux sulfurées sont indiquées alors que le catarrhe est prédominant. Ce sont les eaux spéciales dans les catarrhes voisins de la périphérie, lesquels reconnaissent le plus souvent une origine lymphatique, scrofuleuse ou herpétique. S'il n'existe que du catarrhe, il ne se rencontrera guère de contre-indications à l'emploi des sulfurées, et on pourra recourir à peu près indifféremment aux sulfurées calciques d'Enghien, Pierrefonds, Allevard, etc., ou aux sulfurées sodiques, telles que Cauterets, Luchon, Ax, Bagnols, Amélie, le Vernet, etc. Mais il faut bien savoir que les sulfurées calciques froides exercent une

action moins diathésique et moins profonde que les sulfurées sodiques thermales. Pour les catarrhes vulvaires ou vaginaux des petites filles, cependant, les bains de mer et les eaux d'Uriage (chlorurées sulfurées) sont peut-être préférables aux sulfurées franches.

Au sujet de la métrite elle-même, les sulfurées sont peu résolutives des engorgements, mais très-cicatrisantes des surfaces ulcérées. Elles sont peu ménorrhagiques, mais toujours excitantes, et elles doivent être redoutées dans les dispositions irritatives, et surtout névrosiques, de l'appareil utérin. Cependant, ces eaux présentent d'infinies variétés dans leur constitution, dans leur degré de sulfuration et de stabilité, dans leurs propriétés excitantes, de sorte qu'elles se prêtent à des applications très-variées. Les sources blanches de Luchon, bleues d'Ax, rapidement dégénérées de Cauterets, offrent des indications relativement sédatives à côté de sources très-excitantes. Les eaux dégénérées des Pyrénées-Orientales, à Amélie, à Molitg, en perdant leur qualité sulfurée pour devenir sulfitées, très-riches en outre en matières organiques onctueuses, les Eaux Chaudes, Saint-Sauveur surtout, fournissent aux maladies utérines des traitements très-adoucis, qui permettent encore de recourir aux sulfurées lorsque ces eaux paraissent indiquées par le caractère de la constitution, par la prédominance catarrhale, et que l'excitabilité des organes malades contre-indique toute médication énergique.

Les eaux chlorurées sodiques franches, telles que Salins, Bourbonne, Balaruc, etc., seront rarement employées dans la métrite. Elles ont l'inconvénient d'être très-ménorrhagiques, ce qui peut les faire rechercher dans quelques circonstances, mais doit les faire écarter le plus souvent. Il faut remarquer du reste que ces eaux sont surtout réclamées par la scrofule, et que la métrite existe surtout à un âge où la scrofule, ayant en général cessé d'être en puissance, les commande moins impérieusement que dans les premières périodes de la vie. Il faut savoir aussi que les sulfurées, très-inférieures aux chlorurées vis-à-vis de la scrofule en puissance, se trouvent au contraire parfaitement appropriées aux individus qui n'en

conservent plus que des vestiges indélébiles. Parmi les chlorurées, cependant, il faut faire une place à part aux eaux de Lamothe (Isère), qui doivent peut-être à la présence d'une proportion notable de sulfate de chaux une appropriation particulière au traitement des métrites, particulièrement accompagnées d'engorgements utérins ou péri-utérins, sur lesquels elles exercent une action résolutive remarquable.

Les bicarbonatées sodiques franches, qui ne sont guère représentées que par Vichy, le défaut de thermalité rendant les eaux de Vals moins propres à ces sortes de traitements, agissent beaucoup moins sur le catarrhe que les sulfurées. Elles sont très-nettement résolutives des engorgements utérins, et surtout péri-utérins, comme les chlorurées, mais ne sont point ménorrhagiques comme celles-ci. Elles ne conviennent pas aux constitutions lymphatiques et scrofuleuses et ne sauraient remplacer les sulfurées pour les herpétiques. Elles sont les moins cicatrisantes de toutes les eaux minérales. Mais elles conviennent parfaitement aux constitutions détériorées, sans caractère constitutionnel déterminé, atoniques, anémiques, dyspeptiques, à nutrition imparfaite et languissante, et il m'a semblé que leur opportunité s'adressait particulièrement aux cas où cet état de détérioration de l'organisme se trouvait consécutif à la métrite elle-même.

Mais les eaux de Vichy sont trop minéralisées et trop actives pour beaucoup de métrites, et ramènent facilement des phénomènes congestifs ou névrosiques. Il est des eaux qui offrent, combinées, les propriétés des chlorurées et des bicarbonatées sodiques et qui, se trouvant dépourvues des inconvénients que je viens de signaler à l'emploi des unes ou des autres, fournissent ici d'excellentes applications. Ce sont, pour me borner aux deux types les plus recommandables, celles de Saint-Nectaire et de Royat, les premières plus chlorurées, les secondes plus bicarbonatées. Royat surtout, avec ses bains à eau courante et à température native (35,05), et ses qualités modérément ferrugineuses, présente un mélange d'actions toniques, reconstituantes et sédatives qui s'adressent à une combinaison de lymphatisme, d'anémie et de névrosisme, si commune parmi

les femmes atteintes de métrite chronique. Je considère ces eaux de Royat, grâce en particulier à leur thermalité tempérée et à leur qualité ferrugineuse, comme très-supérieures aux eaux d'Ems, si préconisées dans le traitement des maladies utérines, et qu'elles me paraissent représenter, par l'ensemble de leur constitution, plus fidèlement qu'aucune autre source.

Mais il est une famille d'eaux minérales, très-étendue, surtout en France, et très-curieuse, que leur minéralisation infiniment réduite et absolument indéterminée ne permet de rattacher à aucune des classes d'eaux minérales que j'ai précédemment mentionnées. C'est près de ces eaux, dont j'ai formé la classe des eaux *thermales simples*, dans la famille des *indéterminées*, et dont il convient de rapprocher certaines eaux à bases calciques, pour leurs applications communes, telles que Néris, Plombières, Bains, Luxeuil, Aix (Bouches-du-Rhône), Ussat, Bagnères-de-Bigorre, Encausse, etc., que le traitement de la métrite chimique rencontre, dans beaucoup de cas difficiles, les applications les plus précieuses.

Sans doute ces eaux n'offrent pas, au sujet des catarrhes ou des engorgements, les propriétés directement résolutives et fondantes qui appartiennent aux eaux nettement minéralisées dont il a été question précédemment. Elles ne possèdent pas non plus ces qualités spéciales qui approprient les sulfurées, les chlorurées et les bicarbonatées à l'herpétisme, au lymphatisme, à la scrofule, à l'anémie, à la dyspepsie. Mais leur action sédative, loin d'ajouter à l'exaspération de l'état congestif, inflammatoire ou névrosique de l'appareil utérin, l'atténue, le calme, tandis qu'elles exercent encore sur l'ensemble de l'organisme une action reconstituante, dont un des avantages est de rendre ultérieurement, aux agents de la thérapeutique ordinaire, une efficacité que l'ancienneté de la maladie et la langueur du système leur avaient retirée.

On voit que l'application de la médication thermale au traitement de la métrite chronique réclame d'une part une analyse approfondie des conditions pathologiques de la maladie, plutôt que de ses phénomènes subjectifs, et d'une autre part

une connaissance assurée des actions des eaux minérales. Les applications de celles-ci ne sont pas aussi simples que le pensent beaucoup de médecins, et exigent plus de réflexion qu'on ne leur en accorde souvent. J'espère que l'exposé que je viens d'en faire, malgré sa concision, donnera une idée juste des principes qui doivent guider dans leur emploi.

NOTE

SUR UN CAS D'ENDOMÉTRITE PSEUDO-MEMBRANEUSE(1)

Par le Dr Guyenot,

Médecin des hôpitaux de Lyon et des Eaux de Salins (Jura).

L'été dernier, il m'a été donné d'observer un cas très-remarquable de vaginite épithéliale avec endométrite membraneuse. La réunion de ces deux formes, vaginale et utérine, des complications hystériques singulières, l'expulsion irrégulière des membranes, en dehors des époques menstruelles, ont produit un syndrôme d'une interprétation difficile, que je vais m'efforcer de retracer, tant à cause de sa bizarrerie, que pour m'éclairer de vos lumières.

Il s'agit d'une jeune femme ayant joui, jusqu'à l'époque qui va nous occuper, d'une assez bonne santé, sauf peut-être quelques accidents nerveux hystériformes. Son intelligence est très-développée, et l'observation que je vais vous présenter, pour tout ce qui est antérieur à l'époque où j'ai pu l'observer moi-même, est un résumé fidèle de notes qu'elle a bien voulu rédiger.

La première grossesse, survenue il y a trois ans environ, fut accompagnée d'accidents nerveux très-accusés. Toutefois, l'accouchement eut lieu à terme et ne présenta rien d'insolite. Mais la convalescence fut longue et pénible; il resta depuis une grande difficulté dans la marche, qui réveillait constamment de fortes douleurs dans le bas-ventre et les lombes. Les

---

(1) Lue à la Société de médecine de Lyon.

digestions se faisaient mal, l'appétit restait capricieux, le sommeil rare et agité. Cependant le retour de couches eut lieu sans accident. A quelque temps de là, une suppression des époques, remontant déjà à trois mois, faisait croire à une seconde grossesse, lorsqu'une nuit, au retour d'un petit voyage, survinrent brusquement de violentes douleurs dans le bas-ventre et les reins, avec spasmes gastriques très-pénibles. Ce malaise, malgré les moyens rationnels employés, ne fit qu'augmenter, et finalement força la malade à garder le lit. Cet état durait ainsi depuis deux mois, lorsque, sans cause appréciable, les douleurs augmentèrent encore et s'accompagnèrent d'envies de pousser comme dans l'accouchement. Alors, une quantité considérable d'eau s'écoula par le vagin, sans expulsion de matières solides ni de sang. Ce ne fut que quinze jours plus tard que se produisit une hémorrhagie très-abondante d'un sang très-épais avec caillots.

A partir de ce moment, les accidents ne firent qu'augmenter, et les symptômes les plus bizarres se succédèrent. Une constipation déjà opiniâtre devint telle, qu'on put croire à une péritonite, d'autant mieux que des vomissements presque constants se produisirent en même temps.

Les purgatifs, jusqu'à l'huile de croton, furent tour à tour administrés en vain.

Après vingt et quelques jours d'efforts stériles, le médecin traitant se décida à administrer, pour calmer les douleurs, un lavement fortement laudanisé, dont l'heureuse influence provoqua plusieurs selles abondantes. Il s'agissait là, comme vous avez pu le pressentir, d'une contracture spasmodique du rectum, qui fut vaincue par l'opium. Une série de vésicatoires sur la région lombaire, sans produire d'amélioration réelle, parvint alors à calmer un instant les atroces douleurs éprouvées. A ce moment, les injections vaginales, les bains de siége, furent essayés sans pouvoir être continués, à cause des crises qui en suivaient l'emploi. Ce triste état durait depuis cinq mois, lorsque après un lavement d'assa fœtida qu'on s'efforça de faire garder, une crise de douze heures survint, pendant laquelle (dit la malade), il y eut perte complète de connaissance et de

sentiment. Lorsqu'elle revenait à elle, le souvenir de ce qu s'était passé durant la crise était effacé; les crises se renouvelèrent ainsi plusieurs fois, les jours suivants, en variant de durée et d'intensité. Le bromure de potassium, le chloral, conseillés par plusieurs médecins réunis, furent administrés à assez fortes doses. Mais les vomissements, qui jusque-là avaient laissé quelque repos, devinrent journaliers, et le moindre aliment, de même que les boissons, furent immédiatement rejetés. Bientôt un spasme de l'œsophage et du pharynx se produisit, et devint tellement énergique que le bol alimentaire ne put plus traverser l'isthme du gosier. Alors ce que la sonde œsophagienne introduite à grand'peine conduisait dans l'estomac était violemment rejeté. A la suite d'une deuxième consultation, l'électricité fut essayée, sans amener le moindre résultat. En même temps, un nouvel examen des organes génitaux fit constater une antéversion, avec gonflement et ramollissement du col légèrement ulcéré. Quelques cautérisations furent pratiquées, mais le peu d'importance des lésions apparentes de l'utérus fit bientôt abandonner cet organe, pour ne s'occuper que des accidents nerveux. Ces accidents, en effet, avaient pris une telle gravité, qu'ils dominaient de beaucoup la scène morbide.

Malgré les difficultés d'un voyage, l'emploi de l'hydrothérapie fut alors résolu, et la malade fut placée dans un des principaux établissements de Paris. Ce traitement, bien que très-difficilement supporté, eut cependant des résultats. Les douches froides calmèrent l'excitation nerveuse, les douches ascendantes firent cesser la constipation; malheureusement une diarrhée persistante lui succéda et contribua beaucoup encore à augmenter l'affaiblissement. Le spasme œsophagien céda aux douches filiformes sur le cou et la poitrine. Mais une coccygodinie atroce survenait après chaque douche lombaire, et pour échapper à ce supplice, la pauvre patiente se fit un beau jour transporter au chemin de fer, et rentra chez elle. Des douches froides furent alors organisées dans sa maison, la persistance de la coccygodinie et des douleurs utérines força bientôt à en abandonner l'emploi. A ce moment, les

moindres mouvements éveillaient dans toute la sphère génitale des douleurs horribles, et un nouvel examen fit découvrir une éruption ulcéreuse de toute la vulve. Cette éruption insolite, produisant des sensations douloureuses analogues à celles de la brûlure, fut traitée par les émollients et les lotions d'eau de Baréges ; pendant quelques jours, un amendement notable s'ensuivit, puis le moyen devint inefficace, et les autres tentatives demeurèrent stériles.

Ce fut dans cet état que la malade me fut amenée à Salins (Jura). Je fus frappé tout d'abord de l'affaissement profond à laquelle elle était réduite. Elle ne pouvait même pas se tenir debout, des syncopes survenaient à la suite du moindre effort. Tout ce qui était ingéré dans l'estomac était rejeté, la température générale, très-abaissée durant le jour, se relevait le soir, et la fièvre se terminait chaque matin par des sueurs profuses. Des alternatives de diarrhée et de constipation, une insomnie complète, les douleurs de la sphère génitale, contribuaient encore à exagérer une impressionabilité nerveuse, qui achevait d'épuiser les forces et amenait un état de dépression morale, facile à concevoir. Mon étonnement fut bien grand, je l'avoue, lorsque, procédant aussitôt à l'examen, je pus voir toutes les parties génitales externes gonflées, déformées et recouvertes de croûtes lamelleuses, à travers lesquelles suintait un liquide ichoreux. L'orifice vaginal était complètement fermé par un vaginisme infranchissable, et le moindre contact provoquait des cris. Le ventre rétracté était douloureux à la palpation, surtout du côté du ligament large et de l'ovaire gauche; toutefois, la pression qu'on pouvait exercer dans cette région ne provoquait rien qui ressemblât à l'aura hystérique, si bien décrit par le professeur Charcot. Les apophyses épineuses étaient douloureuses, surtout au niveau des premières lombaires. La respiration était parfaite dans toute son étendue, le cœur et la circulation ne présentaient rien d'anormal, sauf un léger bruit de souffle anémique, facile à prévoir *a priori*.

Je ne crains pas de dire que la responsabilité qui m'incombait me sembla bien lourde, et qu'à ce moment j'eusse été bien heureux d'en être déchargé. Mon embarras pour poser un

diagnostic était extrême; mes souvenirs ne me rappelaient rien qui, de près ou de loin, présentât quelque analogie avec ce que j'avais devant les yeux.

Pendant que je laissais la malade se remettre des fatigues du voyage, en lui cachant soigneusement ma perplexité, je résolus, dans l'impossibilité où je me trouvais de faire mieux, de m'occuper des indications à remplir, sauf à établir ultérieurement un diagnostic. Il fallait d'abord faire tomber les croûtes qui recouvraient toute la muqueuse génitale externe et tâcher de calmer la douleur qu'engendraient la tension et l'ulcération. J'essayai, pour atteindre ce double but, d'enduire toute la région avec du liniment oléo-calcaire, absolument comme dans les brûlures, empêchant ainsi le contact de l'air sur les parties dénudées, et ramollissant les croûtes que je commençais à détacher chaque jour à l'aide de lavages à l'eau tiède, et de quelques injections légèrement poussées avec une petite seringue auriculaire. Je fis en même temps placer, chaque nuit, un suppositoire à la belladone; et, pour calmer les vomissements, j'essayai en vain et la potion de Rivière, et l'acide chlorhydrique médical et le cyanure de potassium, enfin la plupart des moyens préconisés. L'incertitude du diagnostic restait, pour moi, une vive préoccupation. Avais-je affaire à un herpès zoster à répétition dégénéré, à un eczéma lamelleux, à un épithélioma de forme insolite? Cette dernière hypothèse surtout m'effrayait; j'écrivis alors à l'un de mes maîtres, le Dr Bouchacourt, invoquant le secours de son expérience consommée en gynécologie; sa réponse peu rassurante ne put me délivrer de mes perplexités. Cependant, mon mode de pansement paraissait réussir, les souffrances diminuaient, et l'hyperesthésie moindre me permettait de pousser plus fort les injections détersives que je commençais à pratiquer avec de l'eau blanche. Quelques lamelles ramollies se détachèrent, et j'aperçus par endroit des îlots de muqueuse dénudée avec des petites saillies mamelonnées, formées par des cryptes muqueux qui avaient, au début, contribué à me faire songer au zona. Tâchant alors de vaincre la répugnance de la malade pour les bains, je la décidai à essayer à domicile d'un bain tiède amidonné.

Elle y mit un extrême bon vouloir; je pus, grâce à sa persévérance, faire cinq tentatives, qui se terminèrent chaque fois par une syncope. Force me fut, en face de la persistance de cet accident, de renoncer momentanément à ce moyen.

J'avais, toutefois, gagné assez de terrain pour essayer d'introduire une mèche très-grêle jusqu'au delà du constricteur du vagin. J'eus la satisfaction de retirer moi-même cette mèche, le lendemain. Dès lors, j'en fis pénétrer deux fois par jour, augmentant progressivement leur volume, et les enduisant, au bout de quelque temps, de cérat au calomel, qui fut bien supporté. Chaque pansement était précédé d'un lavage minutieux. La malade prenait chaque matin, en outre, un lavement d'eau froide. Je commençai aussi à donner 3 ou 4 gouttes de liqueur de Fowler, et du sirop de quinquina au vin que j'alternai bientôt avec du vin de caillette. Les vomissements devinrent un peu moins fréquents et se produisirent beaucoup plus longtemps après le repas. La fièvre diminuait, le ventre était un peu moins douloureux. Enfin, au bout d'un long mois d'efforts, la muqueuse était réparée jusqu'au constricteur du vagin, et le spasme de ce dernier vaincu par la dilatation progressive. Le toucher permit alors de pénétrer dans les culs-de-sac vaginaux et de sentir le col. Il était mobile, petit, allongé, mais assez dur. Le fond du vagin, lisse au toucher, était presque rempli par une pâte demi-molle, blanchâtre, sans organisation apparente, exhalant une odeur fade et ressemblant plus encore à du mucus concrété qu'à du tissu cellulaire mortifié. Examinés avec un microscope d'un trop faible grossissement, le seul que j'eusse à ma disposition pour le moment, ces débris ne présentèrent pas une trace d'organisation suffisante pour m'éclairer.

Mais l'examen de l'hypogastre, à l'aide de pressions plus énergiques, me permit de soupçonner une augmentation de volume de l'utérus, dont le fond remontait plus qu'à l'état normal. Voulant arriver à me rendre compte de l'état de la cavité utérine, en même temps qu'avoir une mensuration plus exacte, ne pouvant pas encore appliquer le spéculum, je fis subir au traitement les modifications suivantes.

Pour permettre ultérieurement l'introduction d'un hystéromètre, je résolus de pousser beaucoup plus fortement les injections, qui, dans ma pensée, tout en détergeant la surface vaginale, devaient dilater l'orifice utérin. Dans ce but, j'employai la seringue de Ricord, que j'introduisis aussi profondément que possible et poussai le liquide aussi fort que le permit la tolérance. Concurremment je revins à l'usage des bains qui furent mieux supportés, et que je pus bientôt additionner de quelques litres d'eau de Salins. L'action résolutive locale et reconstituante générale des bromo-sodiques fortes me paraissait devoir aider beaucoup à la cure. Après quelques jours de cette nouvelle médication, la malade fut prise de contractions utérines très-douloureuses, et se mit à rendre des lambeaux très-serrés et très-volumineux de matières analogues à celles trouvées précédemment dans le vagin, mais plus résistantes, et présentant des traces non douteuses d'organisation, même à l'œil nu. Cette expulsion se fit en huit ou dix crises nettement séparées, et la quantité de débris rendus égala comme volume celui des deux poings réunis. Il y avait comme une série d'accouchements successifs, et l'état du vagin, lavé chaque jour à grande eau, ne permettait pas l'ombre d'un doute, les lambeaux rejetés provenaient à coup sûr de la cavité utérine.

Aussi, après cette exonération, les symptômes généraux s'amendèrent-ils très-nettement. L'estomac commença à ne plus rejeter les aliments, et les vomissements n'eurent plus lieu que tous les deux ou trois jours. Le sommeil revint et les forces aussi. La malade, tourmentée du désir de rentrer chez elle, partit dans un état relativement très-satisfaisant, qu'elle croyait être la guérison. Ce n'était qu'un mieux temporaire, et à la fin du mois de décembre dernier, les symptômes reparurent, toutefois sauf les complications d'accidents nerveux, dont il faut le reconnaître, il n'a plus été question depuis la cure par les eaux de Salins. Le même traitement que j'avais institué, a été repris, et les injections n'ont pas tardé à produire les mêmes contractions utérines et les mêmes expulsions que la première fois.

J'ai pu recevoir de nouveau des produits expulsés qui permettront, je l'espère, d'établir sûrement le diagnostic.

Les préparations des portions issues de l'utérus ont généralement présenté des cellules d'épithélium cylindrique, un grand nombre à cils vibratils, quelques fibres fusiformes, quelques cellules polygonales ou sphériques à un ou deux noyaux, enfin des granulations moléculaires. D'autres préparations offraient en plus des leucocytes en assez grande abondance et quelques globules sanguins déformés. Toutes étaient remarquables par l'absence de tubes glandulaires et de fibres-cellules musculaires.

Toutes présentaient quelques capillaires, mais en quantité bien moindre qu'on a l'habitude d'en rencontrer dans les desquamations épithéliales par inflammation franche. Cette structure est identiquement celle qu'a trouvée le Dr Damaschino, dans le fait du Dr Chartier, de Nogent-sur-Seine, consigné dans les mémoires de MM. Huchard et Labadie. Elle diffère de celles de l'observation du Dr Christot, de celles du Dr Bouchacourt et d'autres encore, par le petit nombre de capillaires et l'absence d'amas thrombosiques qui semblent être la caractéristique de la forme exsudative. Si l'on considère, en effet, le mode de production de ces néo-membranes, on ne tarde pas à reconnaître que dans l'endométrite interstitielle, l'inflammation moins vive amène l'expulsion des éléments anatomiques normaux, tandis que l'endométrite franche produit des exsudats inflammatoires de nature catarrhale. Ainsi la différence de siége et de degré de l'inflammation donne lieu à deux formes : l'endométrite membraneuse interstitielle exfoliante, et l'endométrite pseudo-membraneuse. Dans le premier cas, le travail phlegmasique n'intéresse que la face libre de la muqueuse; dans la deuxième, on voit se produire une prolifération cellulaire hyperplasique des couches profondes, dont la marche est plus lente. La dysménorrhée pseudo-membraneuse, et la dysménorrhée membraneuse exfoliante sont donc bien dues toutes deux à la même cause, dont le siége, la profondeur, l'intensité diffèrent; mais elles ne constituent bien, en réalité, que deux formes, deux degrés, si l'on veut, d'une même maladie.

La présence des éléments anatomiques constatés dans les produits expulsés permet d'affirmer, dès maintenant, que c'est

bien à l'une de ces formes que nous avons eu affaire. Les concrétions polypiformes signalées par le professeur Courty, aussi bien que les concrétions fibreuses dont parle le Dr Ch. Mauriac dans les notes si remarquables du traité des maladies des femmes de West, ne présentent en effet aucun des caractères microscopiques précédents.

Les avortements ovulaires, s'en rapprocheraient davantage par leurs symptômes. Ils se produisent également, en effet, irrégulièrement et en dehors des époques cataméniales. Chez notre malade, l'expulsion s'est faite aussi à des époques indéterminées. Malgré la surveillance la plus active, on n'a jamais constaté la présence d'ovules dans les produits expulsés, et d'autre part les caractères anatomiques des fragments examinés n'ont pas présenté l'état qui est spécial à une caduque gravide.

Coste, et après lui, le Dr Gillet de Grandmont, ont en effet établi que la caduque gravide non-seulement était la plupart du temps expulsée sous forme d'un sac ovoïde complet, mais que, dès le vingtième jour de la grossesse, les vaisseaux de la muqueuse étaient plus gros qu'à l'état normal et formaient déjà le rudiment du sinus coronaire limitant les portions réfléchies et pariétales de la caduque; que la partie de la muqueuse, dans laquelle l'œuf était caché, présentait le même développement vasculaire, excepté dans un espace circulaire offrant l'aspect d'un ombilic dont l'occlusion serait récente ; enfin que la paroi profonde de la loge où l'œuf n'avait encore contracté aucune adhérence était parcourue par de, grands sinus commençant à se transformer en lacunes destinées à recevoir les villosités choriales. L'erreur n'est donc pas possible.

Toutefois, le fait de l'absence des règles n'ayant pas été signalé encore dans l'endométrite pseudo-membraneuse ou exfoliante, demande encore une explication. Elle paraîtra simple, si l'on veut se souvenir que l'absence de l'hémorrhagie menstruelle n'exclut pas la congestion active qui se fait en ce moment dans la région utéro-ovarienne, seulement cette congestion, chez un sujet profondément anémié et lymphatique n'a pas l'énergie d'aboutir. Mais la congestion existe et n'en est pas moins capable de donner lieu à l'exfoliation de la muqueuse et

à ses conséquences, et cela d'autant mieux qu'en raison de l'anémie, la congestion est plus chronique, du fait d'une moindre contractilité des vaisseaux.

C'est pourquoi l'expulsion, au lieu de se faire périodiquement, ne s'est produite que par distension de l'utérus, et sous l'influence de causes externes qui provoquaient des contractions et une dilatation du col.

Ce premier point établi, reste à déterminer la nature de la lésion vaginale. Les dernières fausses membranes qui nous ont été adressées, par leur structure parfaitement évidente, ne laissent aucun doute à cet égard.

L'examen a été fait avec le concours bienveillant des Drs Léon Tripier et Morat dont la compétence en histologie égale l'obligeance avec laquelle ils se mettent au service de leurs collègues.

Des préparations nombreuses avec des réactifs divers, tels que solutions de potasse, de picro-carmin etc., ont toutes montré avec évidence : de l'épithélium pavimenteux stratifié, des fibres fasciculées de tissu conjonctif, enfin constamment des fibres-cellules musculaires indéniables ; sauf ces derniers éléments, qui décèlent une exulcération plus profonde, on retrouve tous les caractères de la vaginite épithéliale, telle que l'a décrite Tyler Smith (*Archives of medic.* 1856) et aussi le Dr Delore dans une observation présentée ici il y a quelques années.

Les phénomènes si insolites observés s'expliquent alors, et on comprend que cette desquamation épithéliale ulcérative et sécrétante, jointe à un peu de vulvite folliculaire, fatale dans ces conditions, ait pu d'abord faire longuement hésiter au point de vue du diagnostic, que l'examen histologique éclaire actuellement. Il reste toutefois encore une question à résoudre : la muqueuse vaginale a-t-elle été primitivement ou secondairement intéressée ? Tout milite en faveur de cette dernière hypothèse. Rien d'insolite, en effet, n'a été signalé dans les premiers examens, et il n'est point admissible qu'un état semblable ait pu passer inaperçu. En second lieu, le contact des secrétions utérines a dû nécessairement ici jouer un rôle, et rien d'ailleurs ne s'oppose à ce que l'inflammation par conti-

nuité se soit propagée de la muqueuse utérine à la muqueuse vaginale, aussi bien qu'elle eût pu s'étendre en sens inverse.

En résumé, la véritable scène morbide se passe donc ici dans l'utérus. Les conditions physiologiques de cet organe, dont la circulation sanguine est si riche, le renouvellement incessant de sa membrane muqueuse (decidua menstrualis), dont les éléments nouveaux éliminent devant eux les anciens par un travail constant d'expulsion et de néoformation de la caduque menstruelle, font saisir facilement l'origine du processus pathologique qui nous occupe. En effet, si la congestion dépasse ses limites normales, peu à peu, les vaisseaux et la substance conjonctive s'hypertrophient ; il se produit une hyperplasie cellulaire de la tunique adventice des petites artères et des veines, et selon Saviotti, c'est très-probablement à cette prolifération excessive du tissu cellulaire dans le derme muqueux et les parois vasculaires qu'est due, par compression des vaisseaux, l'exfoliation pathologique. C'est à mon avis par un mécanisme analogue que se produisent les endométrites simples et les ulcérations du col utérin; la manifestation morbide ne devient plus alors qu'une question de degré et de terrain; et cette interprétation a surtout à nos yeux le grand mérite de rendre à la muqueuse utérine, en pathologie, un rôle plus conforme à son importance physiologique.

Dans le fait présent, l'équilibre fonctionnel a été rompu par l'effort congestif menstruel avorté, et l'inflammation chronique qui en est résultée a eu pour conséquence le processus ulcératif; puis la sécrétion exagérée des glandes utérines s'est mélangée aux éléments anatomiques éliminés pour constituer les produits membraneux, absolument comme dans les inflammations bronchiques catarrhales, où des membranes tubulées sont expectorées ; absolument comme dans l'entérite exfoliante signalée par le Dr Siredey, entérite qu'on a vu coexister avec l'affection qui nous occupe.

La part qui appartient à l'anémie, au lymphatisme, dans ces troubles trophiques, est facile à concevoir. Il est moins aisé d'établir si l'hystérie y a contribué. On doit tenir compte, d'une part, de la fréquence des accidents nerveux hystériformes chez

les malades atteintes de dysménorrhée pseudo-membraneuse, et d'autre part, de l'influence des lésions nerveuses sur les troubles trophiques que les belles recherches de M. Charcot ont mise en lumière ; mais il n'en reste pas moins bien difficile de déterminer l'influence réciproque des irradiations nerveuses utéro-vaginales sur les accidents nerveux et des lésions nerveuses centrales hystériques sur les troubles de nutrition des organes génitaux. Il nous semble qu'on doit encore aujourd'hui se borner à affirmer l'existence de cette double action *réciproque*.

Messieurs, dans l'étude que je viens d'avoir l'honneur de vous présenter, j'ai cherché à interpréter sévèrement un fait insolite qui m'a vivement préoccupé. Mais je n'aurais atteint qu'une partie du résultat que je me proposais, si de la discussion que j'ai pensé soulever, ne jaillissaient pas quelques lumières sur ce qui reste à faire pour la cure de cette triste maladie. La durée, comme vous le savez, en est indéterminée, et de plus généralement fort longue, des améliorations temporaires surviennent, et des récidives décourageantes les suivent. L'expérience prouve que, la plupart du temps, il en faut venir à modifier topiquement les muqueuses affectées pour obtenir quelque chose, et même que la récidive peut encore avoir lieu après cette modification, si l'état général n'a pas été concurremment remonté.

Les indications générales sont donc ici de première importance ; nous ne nous y arrêterons pas, parce qu'elles sont évidentes et la conduite à tenir toute tracée. C'est par l'emploi des toniques, des reconstituants, du régime, qu'on combattra l'anémie ; par l'hydrothérapie prudente qu'on maîtrisera les accidents nerveux, par les préparations iodées, bromurées ou arsenicales, qu'on s'adressera au lymphatisme. Les eaux minérales rendront évidemment ici de grands services ; celles qui rempliront le mieux les indications précédentes seront préférées.

Mais là n'est pas la difficulté, le traitement local est certes plus embarrassant.

Si vous admettez avec moi la nécessité absolue d'agir directement sur la muqueuse, l'obligation de dilater le canal utérin s'impose. Mais, avant de procéder à cette manœuvre, il me pa-

rait opportun de guérir d'abord la muqueuse vaginale, ce qui avait déjà été obtenu précédemment. Les injections et les topiques qui avaient réussi une première fois seront donc essayés les premiers, et c'est par expérience que la préférence sera accordée, aux mèches très-volumineuses enduites de cérat au calomel; la présence d'une mèche est d'une grande importance pour empêcher le contact de la muqueuse avec elle-même. Et c'est très-probablement à l'omission de ce moyen que les premières tentatives durent leur insuccès. La teinture d'iode, qui d'ordinaire réussit si bien, n'avait ainsi produit aucun bon résultat. Les cautérisations avec le nitrate d'argent furent dans le même cas; toutefois, je pense qu'il sera prudent de n'employer que progressivement des modificateurs aussi énergiques, et après avoir tenté le calomel, les lavages devront se faire deux fois par jour et avant l'introduction des mèches.

Lorsque l'état du vagin permettra l'application du spéculum, on devra commencer la dilatation du col. Pour ne pas augmenter l'ulcération, il vaudra mieux peut-être employer les cônes de laminaria digitata que l'éponge, dont la surface adhère et dilacère la muqueuse, qu'elle entraîne par fragments lorsqu'on l'extrait.

La dilatation du canal du col devra être aussi complète que possible; une fois ce premier pas franchi, trois ordres de moyens s'offrent à nous : 1° les badigeonnages; 2° les injections; 3° les cautérisations.

Les badigeonnages n'offrent pas de garanties, parce que le pinceau s'essuie en traversant le canal du col, et se trouve désimpreigné quand il a pénétré dans la cavité. Les injections, exaltées par les uns, proscrites rigoureusement par les autres, ont des avantages et des dangers; elles immergent toute la surface à modifier, ce qui est un point très-important, mais elles peuvent pénétrer dans les trompes et amener ainsi des accidents d'inflammation péritonéale dont les conséquences sont faciles à saisir. Ceux qui les emploient scientifiquement disent qu'ils n'ont pas eu d'accidents à déplorer, à condition de n'injecter qu'une très-petite quantité de liquide, 2 à 3 grammes au plus. Plusieurs chefs de service de nos hôpitaux en font actuel-

lement usage, et c'est leur pratique qu'il faudrait connaître.

Les cautérisations faites à l'aide d'un caustique solide qu'on porte jusque dans la cavité et qu'on retire, peuvent donner des résultats, mais il est à peu près impossible de toucher tous les points malades ; quelques praticiens abandonnent, pour l'y laisser fondre, un crayon de nitrate d'argent introduit dans l'utérus. Ce moyen énergique a, comme l'a démontré M. Nonat à l'Académie des sciences, 1868, produit des rétrécissements et même quelquefois des oblitérations de l'orifice interne.

Cependant ces deux méthodes ont des guérisons à leur avoir ; mais une troisième qui emprunte à chacune des deux autres et mitige une peu d'une part l'insuffisance du nitrate d'argent aussitôt retiré ; de l'autre l'excès d'action du crayon abandonné *in situ*, semble avoir produit des résultats aussi sérieux sans les mêmes dangers. Je veux parler des crayons mitigés ou des pratiques qui s'en rapprochent.

Mandl en Allemagne emploie des crayons de chlorate de potasse qu'il laisse à demeure. M. Siredey s'est servi avec succès des cautérisations intra-utérines après lesquelles il laissait à demeure des crayons de tannin de 4 à 5 centimètres ; d'autres ont fait usage de crayons composés, à l'instar des crayons de pierre divine, dont le but est de produire sur la conjonctive une modification moins énergique que le sulfate de cuivre. Le Dr Gignoux et le Dr Laroyenne à Lyon, se servent communément dans la métrite interne, soit d'injections composées d'une solution assez concentrée de nitrate d'argent, soit de crayons faits avec le nitrate de potasse pur ou avec moitié de potasse, moitié nitrate d'argent, tous deux jusqu'ici n'ont pas eu d'accidents à déplorer et ont obtenu des résultats importants. La chose essentielle est de n'agir qu'avec un col parfaitement dilaté, et en fait d'injections de ne pousser qu'une minime quantité, 2 à 3 grammes.

Lorsqu'on veut bien se reporter à toutes les manœuvres extra-scientifiques que supporte l'utérus, on est moins étonné de sa tolérance pour des violences scientifiquement calculées, et l'on est en quelque sorte encouragé à recourir à leur emploi. La perméabilité des trompes est du reste une hypothèse inspirée

par la prudence, mais inadmissible, comme l'ont démontré expérimentalement M. Guichard et M. Fontaine (Recherches sur les injections intra-utérines après l'accouchement. Thèse de Paris, 1870.)

SUR L'EMPLOI DE L'HYDRATE DE CHLORAL

COMME ANESTHÉSIQUE DANS L'ACCOUCHEMENT NATUREL.

Par le Dr H. Chouppe,
Chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris.

Les deux mémoires de M. Campbell (1), la brillante et mordante réponse de M. le professeur Pajot (2) ont mis à l'ordre du jour, dans la presse médicale, la question de l'anesthésie obstétricale. Jusqu'ici, toute la discussion a porté sur le chloroforme seul; aussi, pour aborder un nouveau point de la question, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de résumer brièvement les essais qui ont été tentés avec l'hydrate de chloral. Nous n'avons pas la prétention de discuter l'opportunité ni la valeur absolue de l'anesthésie en obstétrique; mettre le journal au courant des travaux les plus récents, tel est notre but plus modeste.

Pour étudier la valeur de l'hydrate de chloral dans l'accouchement, il importe de savoir tout d'abord quelles sont les conditions qu'il doit remplir pour être utile.

Qu'est-ce que l'anesthésie obstétricale? Cette question, une fois résolue, il sera facile de savoir si les faits recueillis jusqu'à ce jour permettent de regarder le chloral (3) comme pouvant la produire.

En physiologie, l'anesthésie est la suppression de la sensibilité tactile, tout le monde s'entend bien sur la valeur de ce mot, puisqu'on réserve à la suppression du sens de la douleur

---

(1) *Journal de thérapeutique*, 1874.

(2) *Annales de gynécologie*, janvier 1875.

(3) Ici, comme souvent dans la suite, le mot *chloral* est employé pour *hydrate de chloral*.

et de la température le terme d'analgésie. En thérapeutique, anesthésie veut dire suppression de la douleur, et elle est complète quand celle-ci ne peut être réveillée par les excitations, de quelque nature qu'elles soient. Par anesthésie en obstétrique, il faut entendre, croyons-nous, un état tel, que les contractions utérines, quelle que soit leur intensité, ne produisent pas de sensation douloureuse véritable. Nous aurons donc à voir si, en employant le chloral, on peut obtenir ce résultat; ce sera la première partie de notre travail. Si nous répondons affirmativement, il nous faudra rechercher ensuite si cet agent anesthésique peut être employé. Or, pour cela, il faut qu'il remplisse plusieurs autres conditions : 1° qu'il soit sans danger pour la mère et pour l'enfant; 2° qu'il n'altère et surtout ne diminue en rien la puissance des contractions utérines.

Le chloroforme remplit-il toutes ces conditions, ce n'est pas ici l'occasion de le rechercher, aussi nous bornerons-nous à en dire dire deux mots. Il est certain que, quand il est inhalé jusqu'à l'anesthésie complète, le chloroforme supprime la douleur provoquée par les contractions, mais ce n'est jamais sans faire courir un danger réel à la femme en travail, qu'il peut être porté à la dose suffisante. Tous les accoucheurs, même les plus partisans du chloroforme, sont d'accord sur ce point. C'était une contre-indication, aussi avons-nous vu tout à coup naître la théorie de la demi-anesthésie. Nous ne parlerons pas de cette méthode, il n'y a rien à ajouter à la critique de M. Pajot. Sans donc nous arrêter davantage, qu'il suffise de faire remarquer que le chloroforme offre un danger, et que cela seul, sans parler de l'anesthésie beaucoup moins prolongée, suffirait pour lui faire préférer le chloral, si celui-ci jouit de propriétés anesthésiques bien positives.

Les opinions les plus contradictoires ont été émises sur le pouvoir anesthésique du chloral, qui pour plusieurs n'était qu'un hypnotique. Mais depuis les travaux de M. Oré (1), et surtout ceux de M. le professeur Vulpian (2), le pouvoir anesthésique du chloral est bien établi.

(1) Compte-rendu de l'Académie des sciences, 1873.

(2) *Cours de la Faculté* 1874. *Progrès méd.* et *Ecol. de méd.*

C'est en Angleterre, la patrie de l'anesthésie obstétricale, que le chloral a été employé pour la première fois dans l'accouchement naturel.

M. Lambert (1), d'Edimbourg, publia, en 1870, le résultat de ses premières observations. Peu après, le Dr da Cunha (2) suivait son exemple. En France, en 1872 seulement, M. Bourdon (3), le premier, l'employa à son tour dans son service à la Charité; sous son inspiration, parurent peu après le mémoire de M. Franca y Mazora (4), et l'excellente thèse du Dr Pellissier (5).

C'est en nous appuyant sur les recherches de ces divers auteurs et plus encore sur ce que nous avons pu constater nous-même dans le service de notre excellent maître, que nous chercherons à élucider les questions suivantes :

L'hydrate de chloral peut-il produire l'anesthésie obstétricale?

Cette anesthésie est-elle sans danger pour la mère et pour l'enfant?

Quelles sont les indications et les contre-indications de l'hydrate de chloral?

I. Nous allons passer en revue toutes les observations que nous pourrons réunir et dans lesquelles l'anesthésie a été produite par l'hydrate de chloral. Nous en publierons quelques-unes, dont plusieurs inédites, et nous résumerons les autres sous forme de tableau.

Observation I (1). (*)

Multipare, anesthésie complète par l'hydrate du chloral. (Da Cunha).

Madame P..., 25 ans, enceinte de son quatrième enfant, a toujours cruellement souffert dans ses couches précédentes.

En travail depuis vingt-quatre heures. — Les douleurs sont très-

(1) *Edinburgh. med journ.*, 1870.

(2) *The Lancet*, 1870.

(3) *Société de thérapeut.*, 1873,

(4) *Thèse inaug.*, 1873.

(5) *Thèse inaug.*, 1873.

(*) Le chiffre entre parenthèse indique le numéro de l'observation dans le tableau synoptique pour qu'on puisse s'y reporter.

vives, continues; le col a la largeur d'une pièce de 2 francs. On donne en une seule fois deux grammes d'hydrate de chloral. Cette substance procure un très-bon sommeil, pendant lequel les contractions continuent, la dilatation s'achève et la tête s'engage sans éveiller la patiente. Au bout de six heures, elle s'éveille et après 5 à 6 contractions très-violentes, mais peu douloureuses, accouche, en un quart d'heure, d'un enfant très-bien constitué. Les suites de couches sont très-heureuses.

OBSERVATION II (5). (Inédite.)

X..., 22 ans, primipare, a eu une grossesse assez pénible, pendant laquelle elle est entrée plusieurs fois à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bourdon, pour se faire soigner de diverses affections légères. Ayant éprouvé quelques douleurs, elle entre à l'hôpital plusieurs jours avant l'accouchement.

Elle est prise de douleurs extrêmement vives à 5 heures du matin. Celles-ci se répètent fréquemment et provoquent les cris de cette femme, qui est très-irritable; même état jusqu'à 9 heures du matin; à ce moment les douleurs sont très-rapprochées; elle souffre beaucoup des reins. Le col complètement effacé est de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Jusqu'à 4 heures les douleurs se succèdent très-rapides et très-violentes; le col est de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Je fais donner alors un lavement contenant 3 grammes d'hydrate de chloral. Au bout d'une demi-heure, ce lavement n'a pas encore produit le sommeil, mais les douleurs, quoique encore assez fortes, sont cependant moins vives. Je fais donner une nouvelle dose d'hydrate de chloral de 2 grammes pour la bouche. Au bout de vingt minutes, sommeil complet; les contractions se succèdent de dix en dix minutes, très-régulièrement; elles sont puissantes; à 6 h. 30m la dilatation est complète, à 7 h. 25 le fœtus est expulsé. La malade ne se réveille qu'au moment de la délivrance à 7 h. 50; elle n'a pas souvenir de son accouchement.

Elle sort de l'hôpital en parfait état au bout de huit jours.

OBSERVATION III (6). (Inédite.)

D... a déjà eu quatre enfants; au moment où elle entre à l'hôpital. 4 heures du soir, la dilatation est complète; le travail aurait commencé à midi. Actuellement les contractions sont extrêmement douloureuses, mais elles portent peu, la malade souffrant beaucoup des reins. 4 h. 10m, lavement avec 4 grammes d'hydrate de chloral. 4 h. 20, les contractions sont beaucoup moins douloureuses; sommeil à 4 h. 25; à 4 h. 35, accouchement sans que la malade s'éveille; plus tard elle n'en conserve pas le moindre souvenir. 4 h. 50, délivrance.

Sort au bout de huit jours en très-bon état.

OBSERVATION IV (7) (Hamel).

Madame L... est enceinte pour la deuxième fois. Le premier accouchement qui date de trois ans a dû être terminé par le forceps. Elle est à terme et en travail, le col est complètement dilaté, les douleurs fortes et continues, la tête s'engage.

A partir de ce moment, le travail progresse très-lentement quoique les contractions soient toujours très-énergiques. La malade, qui souffre extrêmement demande les fers. On donne alors deux grammes de chloral. Après quelques instants, il y a calme absolu, les contractions continuent, et au bout de quatre heures elle accouche spontanément d'un enfant très-bien portant. Les couches n'offrent rien à noter (*).

OBSERVATION V (8) (Fauny).

Il s'agit d'une primipare âgée de 21 ans, enceinte de huit mois, entrée dans le service de M. Bourdon, salle Sainte-Julie, lit 9, le 31 octobre 1872.

Depuis deux mois elle éprouvait de fortes douleurs, coliques utérines; depuis un mois, mictions très-fréquentes, urines de couleur foncée, œdème des membres inférieurs, céphalalgie, insomnie. Il y a huit jours, l'œdème s'est montré à la face. Le jour de l'entrée, on constate que l'urine est très-albumineuse.

Le lendemain, douleurs abdominales et à 3 heures de l'après-midi, rupture spontanée des membranes, le col utérin conservant toute sa longueur. A 1 heure du matin les douleurs sont très-vives et continues; le col n'est pas dilaté, on prescrit une potion avec 4 grammes d'hydrate de chloral à prendre en quatre fois, de quart d'heure en quart d'heure. La malade s'endort presque aussitôt après la quatrième dose, ne s'éveille qu'à chaque contraction utérine, et cela sans éprouver de douleur véritable.

A 5 heures du matin, nouvelle potion avec 3 grammes de chloral; elle est presque aussitôt vomie. Les contractions sont toujours continues, peu fortes, mais douloureuses. A 8 heures, le col n'est encore que peu dilaté; on administre un lavement avec 4 grammes de chloral; il est presque aussitôt rendu. Néanmoins, vers 10 h. et demie, la malade s'endort assez profondément pour qu'on puisse pratiquer le toucher sans l'éveiller; la dilatation a fait des progrès. A midi, nouvelle potion de 3 grammes qui amène un demi-sommeil sans agitation. La face pendant les contractions expulsives n'exprimait pas la douleur. Après la délivrance, l'accouchée a raconté qu'elle n'avait pas souffert. Sort guérie sans complications.

(*) *Hamel de Baltimore. Amer. journ. of med sciences*, 1871.

OBSERVATION VI (9) (Fauny.)

Il s'agit d'une femme âgée de 23 ans, entrée salle Sainte-Marie à l'hôpital de la Charité, service de M. Bourdon, le 17 décembre 1873. Les douleurs ont commencé à minuit; à 1 heure du matin, elles deviennent très-vives. Le col présente la largeur d'une pièce de 2 francs; vomissements. On administre 2 grammes d'hydrate de chloral, cette potion provoque de nouveaux vomissements.

9 h. 10. Deux grammes de chloral en lavement.

9 h. 20. Elle commence à sommeiller, cependant elle crie encore au moment des contractions.

9 h. 40. Nouveau lavement avec 2 grammes de chloral.

A partir de ce moment la malade est calme, les contractions continuent à se produire sans aucune espèce de douleur jusqu'à 11 h. 30, moment où l'accouchement se termine.

Pendant le travail, la malade s'éveillait au moment des contractions, mais elle ne souffrait pas.

Sort de l'hôpital en parfait état huit jours après.

OBSERVATION VII (12). (Lambert.)

Yessie R..., âgée de 24 ans, deuxième grossesse. Le premier accouchement a eu lieu il y a trois ans : on a employé le chloroforme. Elle est à terme, en travail depuis midi.

4 heures. La tête est dans l'excavation, les membranes sont intactes. La malade, qui est très-agitée et très-fatiguée, demande le chloroforme. A ce moment on rompt les membranes.

4 heures et demie. On donne 4 grammes d'hydrate de chloral. Dix minutes après, la tête s'avançait; l'anesthésie n'étant pas très-marquée, on donne une nouvelle dose de 4 grammes d'hydrate de chloral. Presque immédiatement elle cesse d'être agitée, et reste tout à fait calme, ne se plaignant plus du tout, pas même quand l'accouchement se terminait à 4 h. 40.

Vingt-cinq minutes après, le placenta restant dans la cavité utérine, on introduit la main pour le décoller; il était retenu par une adhérence à l'angle supérieur gauche : on le dégage et on le retire, mais une partie des membranes étant restée dans la matrice, on introduit la main pour la seconde fois. On a à lutter contre le même obstacle que toute à l'heure, et on retire enfin le lambeau de membrane. Pendant tout ce temps, la malade ne donna pas le moindre signe de douleur.

Ce n'est que quarante-cinq minutes après la naissance de l'enfant que la mère ouvre les yeux et commence à parler. Elle ignorait tout à fait la naissance de l'enfant, et demandait à chaque instant si

le travail marchait et si elle serait bientôt délivrée. Son réveil est suivi d'agitation, mais elle se rendort ensuite.

5 h. 25. La mémoire commence à lui revenir, mais elle déraisonne toujours par moments. A 8 heures, elle s'endort.

Les suites de couches ne présentent rien à noter.

Observation VII (21) (More Madden) (*).

28 février. Madame V..., 22 ans, primipare. Elle est en travail depuis le 26 au soir; le col présente la largeur d'une pièce de 2 francs, il est mince et rigide. Depuis le 27 au soir il est dans le même état. On a fait prendre à la malade un bain tiède, des opiacés, de l'émétique, sans obtenir aucun résultat.

8 h. 5. On administre 3 grammes d'hydrate de chloral, le pouls bat à ce moment 100 pulsations à la minute.

9 heures. Sommeil; pouls 90.

9 h. 10. La malade continue à dormir, pouls 88.

9 h. 40. La patiente se réveille un petit moment ; elle a quelques douleurs légères, elle se rendort presque aussitôt.

10 heures. Le col est dans le même état, sommeil léger.

10 h. 13. La malade est un peu agitée pendant la durée d'une contraction. 1 gramme d'hydrate de chloral. La malade prend donc en tout 4 grammes en une heure et demie.

Après la dernière dose, elle se rendort profondément. Le sommeil se prolonge jusqu'à 3 heures, à ce moment la dilatation est complète, les contractions expulsives commencent, et l'accouchement se termine rapidement sans douleur. Suites de couches régulières.

Observation IX (27) (inédite.)

Jeanne B..., bonne santé, 29 ans, a déjà eu six enfants et une fausse couche à la suite d'une chute.

Cette femme, mardi, après trois heures de douleurs très-vives, avait le col complètement dilaté. A ce moment, et d'après le conseil de M. Bourdon, on lui donne 2 grammes d'hydrate de chloral; presque aussitôt elle s'endort; l'utérus continue à se contracter violemment de cinq en cinq minutes, mais cela se fait sans douleur et sans que la malade s'éveille ; au bout de quarante minutes, l'enfant est expulsé, la mère s'éveille au moment où la tête franchit la vulve, mais elle ne pousse pas de cris, et interrogée plus tard elle dit très-affirmativement qu'elle n'a pas souffert du tout.

Les suites de couches sont normales, et elle quitte l'hôpital en parfait état de santé huit jours après l'accouchement. Des tranchées très-

(*) *The Dublin quaterly journ. of méd, sciences*, mai 1870.

violentes, survenues le second jour, ont été soulagées très-vite par une faible dose de chloral.

OBSERVATION IX (28) (Pellissier).

Marie G..., 23 ans, primipare d'une bonne santé habituelle, entrée le 28 mai 1873 dans le service de M Bourdon, à dix heures. Les douleurs ont commencé à se faire sentir hier dans la journée, depuis ce matin elles sont plus vives et plus rapprochées.

3 h. 55. Les douleurs reviennent toutes les cinq minutes ; cette femme souffre beaucoup, elle est très-agitée ; elle se plaint de crampes dans les jambes. Bruit du cœur à gauche, au-dessous de l'ombilic : col tout à fait dilaté, poche des eaux intacte; occiput sous la symphyse pubienne. On prescrit 2 gr. 50 de chloral par la bouche.

4 h. 10. Rupture de la poche des eaux, un peu de somnolence seulement, pas d'autre effet.

4 h. 15. Nouvelle dose de 2 gr. 50 ; quelques instants après la malade s'endort d'un sommeil calme et profond, mais elle est éveillée toutes les cinq minutes par les contractions qui ne sont pas douloureuses.

5 h. 30. Le sommeil continue, mais les douleurs commencent à être ressenties par la malade. Nouvelle dose de 1 gramme de chloral ; les contractions ne sont plus douloureuses, elles continuent régulières et puissantes, la tête en plein dans l'excavation.

6 h. 15. Les contractions toujours indolentes, sont de plus en plus rapprochées et puissantes ; la tête est à la vulve.

6 h. 25. Deux puissantes contractions indolentes et cette femme accouche d'un enfant parfaitement vivant. La délivrance est faite. La malade s'est endormie aussitôt après ; le lendemain matin nous la trouvons bien remise, grâce à un sommeil calme qui a duré toute la nuit. La convalescence a été excessivement rapide.

OBSERVATION X (29 (Inédite).

Rosalie B..., âgée de 25 ans, primipare en parfaite santé, est arrivée au terme d'une grossesse qui a évolué sans aucun accident. Hier, vers 3 heures, elle a commencé à épouver les premières douleurs qui ont duré toute la nuit en lui arrachant des cris. Ce matin, 8 heures et demie, le col est complètement dilaté, la tête, immobile, est engagée au détroit supérieur en première position.

Les contractions sont irrégulières peu fortes, elles ne portent pas; le travail n'a pas fait de progrès depuis 5 heures du matin. On donne 4 grammes de chloral ; les deux premiers d'un seul coup, les deux autres séparément à un quart d'heure d'intervalle ; après la seconde dose, la patiente s'endort et n'a entre celle-ci et la troisième qu'une

seule contraction utérine qui ne l'éveille pas. Après le quatrième gramme les contractions puissantes reviennent très-régulièrement toutes les cinq minutes sans éveiller la malade, et au bout de trente-cinq minutes elle accouche sans s'en apercevoir. Eveillée au moment de la délivrance, elle prétend n'avoir pas souffert, et s'endort pour un sommeil de cinq heures, dont elle sort parfaitement bien reposée.

Les suites de couches sont très-régulières et elle quitte l'hôpital le dixième jour après l'accouchement.

Observation XI (32) (Pellissier).

N° 18, salle Sainte-Marie, Eva G..., 21 ans, bonne santé, deuxième grossesse à terme; elle a commencé à souffrir dans la journée. A partir de minuit les douleurs sont devenues plus vives.

8 heures du matin. Douleurs revenant tous les quarts d'heure, très-peu vives. Bruit du cœur à gauche au-dessous de l'ombilic; col dilaté comme une pièce de 5 francs, poche des eaux non rompue. Première position du sommet; engagement de la tête.

1 heure. Le travail a bien marché, les douleurs reviennent toutes les cinq minutes, très-vives; 2 grammes de chloral.

1 h. 25. Depuis le chloral, sommeil, contractions régulières, puissantes, indolentes; elle accouche d'un enfant très-volumineux.

1 h. 40. Délivrance très-facile, sommeil immédiat.

4 heures. La femme vient de s'éveiller; nous la trouvons dans l'état le plus satisfaisant; aucune fatigue ni mal de tête; elle demande si elle pourra bientôt manger. Suites de couches très-favorables.

Observation XII (33) (Inédite).

Le 4 décembre 1873, entre, dans le service de M. Bourdon, la nommée Céleste K..., âgée de 24 ans, primipare : elle est à terme d'une goossesse qui a toujours marché sans aucune complication. Les douleurs ont commencé il y a deux jours, et la poche deseaux est rompue depuis douze heures.

Cette femme, très-nerveuse, pousse des cris continuels et se roule sur son lit; elle dit beaucoup souffrir. Cœur au-dessus de l'ombilic; contractions irrégulières ne portant pas ; col complètement dilaté, présentation du siége, première position; fœtus au détroit supérieur.

8 h. 40. 2 grammes de chloral en une seule fois.

8 h. 55. Pas d'effet, 2 grammes.

9 h. 5. Pas d'effet, si ce n'est une légère tendance au sommeil et peut-être des cris moins violents, mais les contractions ne sont nullement modifiées. 1 gramme.

9 h. 15. Un peu de tendance au sommeil, plus de cris. 1 gramme.

9 h. 25. Pas encore de sommeil complet, on donne un septième gramme d'hydrate de chloral.

9 h. 45. Depuis la dernière dose de chloral la patiente est tombée dans un sommeil profond et très-calme ; le pouls, qui était à 120, est tombé à 80, respiration calme, mais l'utérus ne se contracte plus.

9 h. 50. Contraction violente sans que la malade s'éveille. A partir de ce moment, les contractions reviennent régulières et puissantes; d'abord toutes les dix minutes, puis toutes les cinq minutes, et l'ac-

Tableau résumé des observations (1).

	Source.	Age.	Nombre de couches anté-rieures.	Col dilaté comme.....	Dose de chloral	Résultats.
1	Da Cunha.	25 ans.	3	pièce de 2 fr.	2 gr.	anesthésie complète.
2	Da Cunha.	17 »	primipare.	pièce de 2 fr.	2	anesthésie complète.
3	Franca.	25 » »	primipare.	comme une pièce de 2 fr.	4	anesthésie complète.
4	Da Cunha.	20	1	pièce de 5 fr.	2	anesthésie complète.
5	Inédite.	22 »	primipare.	pièce de 5 fr.	5	anesthésie complète.
6	Inédite.	27 »	4	complète.	4	anesthésie complète.
7	Hamel.	» »	4	complète.	2.	anesthésie complète.
8	Fanny.	21 »	primipare.	nulle.	8	presque complète.
9	Fanny.	23 »	primipare.	pièce de 2 fr.	6	anesthésie complète.
10	Lambert.	40 »	9	complète.	8	anesthésie passagère.
11	Lambert.	18 »	primipare.	complète.	8	anesthésie incomplète.
12	Lambert.	24 »	1	complète.	8	anesthésie complète.
13	Lambert.	23 »	primipare.	à peine commencée.	6	anesthésie complète (forceps).
14	Franca.	32 »	2	dilaté.	6	anesthésie complète.
15	Franca.	28 »	1	à peine commencée.	8	anesthésie passagère.
16	Lambert.	» »	primipare.	non dilaté.	16	anesthésie prolongée.
17	Franca.	27 »	primipare.	pièce de 5 fr.	4	anesthésie complète.
18	Lambert.	34 »	7	dilaté.	8	anesthésie incomplète.
19	Lambert.	19 »	primipare.	dilaté.	2	anesthésie totale.
20	Lambert.	27 »	4	dilaté.	4	pas d'anesthésie.
21	More-Madden.	23 »	primipare.	pièce de 2 fr.	4	anesthésie complète.
22	Lambert.	26 »	primipare.	pièce de 1 fr.	12	anesthésie prolongée.
23	More-Madden.	24 »	primipare.	pièce de 1 fr.	0,60.	pas d'effets.
24	More-Madden.	30 »	2	pièce de 5 fr.	3	anesthésie incomplète.
25	Inédite.	18 »	primipare.	complète.	5	anesthésie complète.
26	Pellissier.	27 »	3	complète.	2	anesthésie totale.
27	Inédite.	29 »	6	complète.	2	anesthésie complète.
28	Pellissier.	23 »	primipare.	complète.	6	anesthésie totale.
29	Inédite.	25 »	primipare.	complète.	4	anesthésie parfaite.
30	Pellissier.	20 »	primipare.	pièce de 5 fr.	4	anesthésie complète.
31	Pellissier.	22 »	primipare.	complète.	5	anesthésie complète.
32	Pellissier.	21 »	1	complète.	3	anesthésie complète.
33	Inédite.	24 »	primipare.	complète.	7	anesthésie complète.
34	Pellissier.	29 »	primipare.	pièce de 2 fr.	8	anesthésie complète.
35	Pellissier.	19 »	primipare.	complète.	3	anesthésie complète.
36	Pellissier.	30 »	primipare.	complète.	8	pas d'effets.
37	Pellissier.	32 »	primipare.	complète.	4	anesthésie complète.

(1) Nous aurions pu recueillir un plus grand nombre d'observations, entre autres celles rapportées dans l'article de Playfair, mais la plupart d'entre elles manquent de détails suffisant pour que nous puissions en tirer parti en parfaite connaissance de cause.

couchement est terminé sans intervention à 11 h. 10 minutes. La malade ne s'est pas éveillée une seule fois.

11 h. 20. Délivrance sans que la malade s'éveille. Le sommeil dure jusqu'à 2 heures, en ce moment la malade s'éveille, dit ne se rien rappeler et n'avoir pas souffert.

Guérison rapide; malgré le traumatisme inséparable d'un accouchement par le siége, elle se remet très-bien et peut quitter l'hôpital avec son enfant en très-bon état le neuvième jour après sa couche.

Il est facile, par la lecture des observations que nous venons de reproduire, de se convaincre que par l'emploi de l'hydrate de chloral on peut obtenir non-seulement une anesthésie complète, mais encore que, pour peu que la dose soit forte, cette anesthésie se prolonge bien au delà de la période d'expulsion. Si nous nous reportons en effet à la plupart de nos observations, nous remarquons que, dans l'immense majorité des cas, l'anesthésie a été complète et surtout prolongée. Nous avons 37 observations, et l'anesthésie est complète 30 fois, 5 fois presque complète; 2 fois seulement elle n'est pas produite, ce qui prouve déjà qu'il est posssible, avec l'hydrate de chloral, sans faire courir aucun danger à la mère ni à l'enfant, puisque dans tous ces cas l'accouchement s'est terminé heureusement, de produire l'anesthésie totale.

Dans son mémoire, M. Pellissier admet, comme nous l'anesthésie complète par le chloral; mais, à l'époque où il le rédigeait, l'action anesthésique du chloral étant encore vivement contestée, il n'osa pas, quoi qu'il ait vu lui-même, s'engager trop sur ce terrain. Nous l'avons déjà dit plus haut, des recherches récentes ont établi, d'une manière positive, l'existence de l'anesthésie chloralique; nous n'éprouvons donc plus le même embarras.

Mais, que le chloral puisse faire disparaître complètement la douleur, cela ne suffit pas pour résoudre la première question que nous nous sommes posée : le chloral peut-il produire l'anesthésie obstétricale? car la cessation de la douleur n'est qu'un des termes de cette anesthésie; le second, le plus important, est l'intégrité des contractions utérines.

C'est par un examen attentif des observations d'une part,

et par la lecture de l'excellent travail de M. Pellissier, d'autre part, que nous pourrons résoudre cette seconde partie de la question.

Si l'on lit avec soin les observations que nous avons rapportées plus haut, on pourra facilement se convaincre qu'à partir du moment où le chloral a été administré, les contractions utérines ont continué à se produire avec une grande puissance. L'observation XII, par exemple, est un des meilleurs types que nous puissions prendre; que constatons-nous dans ce cas? Il s'agit d'une femme très-nerveuse, fatiguée; la présentation est mauvaise, le travail dure depuis longtemps; les douleurs se succèdent rapidement, mais elles ne portent pas. On donne le chloral. Aussitôt l'utérus cesse de se contracter, et l'on pourrait croire qu'en même temps qu'il a produit l'anesthésie, le médicament a arrêté les contractions utérines. Mais l'illusion ne dure pas longtemps, aux contractions douloureuses et sans puissance dont la malade souffrait, l'on voit bientôt succéder des contractions régulières énergiques, quoique se produisant sans douleur, et qui, dans un temps très-court, amènent l'expulsion d'un fœtus très-volumineux. Si nous analysions les douze observations que nous donnons *in extenso*, on verrait, avec quelques variantes, la même chose se reproduire dans tous les cas. Or, il en est de même dans celles que nous avons cru inutile de rédiger, pour ne pas nous répéter à chaque instant. On peut donc dire, d'une manière générale, que, toutes les fois que l'hydrate de chloral est donné, pendant le travail, à dose suffisante pour produire l'anesthésie, les contractions utérines ne perdent rien de leur puissance.

M. Pellissier, qui avait bien compris que là était le point capital de la question, a voulu, non-seulement par l'analyse des observations, bien établir qu'il en est anisi, il a de plus essayé de le démontrer expérimentalement sur des chiennes.

Nous allons reproduire ses expériences :

Expérience I. – On prend une petite chienne, jeune, vigoureuse, du poids de 9 kilos.

1 h. 45. La chienne est attachée sur la table à expériences, on lui ouvre l'abdomen et on met à nu les cornes utérines. Sous l'influence

de l'air et de quelques légers attouchements, on voit ces cornes se contracter énergiquement.

1 h. 50. Nous touchons la corne utérine droite avec la pince de Gaiffe. Les contractions ne tardent pas à se montrer de plus en plus énergiques ; cette corne utérine droite, seule, est dure au toucher. Nous touchons à son tour la corne gauche et le même phénomène se produit. Au bout de dix minutes, les contractions ont à peu près entièrement cessé. Pendant tout ce temps la chienne se défend et pousse des cris.

2 h. 15. Nous lui faisons une injection de 10 grammes dans l'intestin avec une solution de chloral au cinquième par conséquent 2 gr. de substance active. L'injection a bien réussi ; il ne s'est pas perdu une seule goutte de liquide.

2 h. 30. La chienne est fortement engourdie, elle sommeille et se défend moins. Nous touchons avec la pince Gaiffe les deux cornes utérines et les fibres lisses de l'intestin. Les contractions sont absolument semblables à ce qu'elles étaient avant l'administration du chloral.

2 h. 35. Le sommeil est plus profond, la douleur très-probablement diminuée, les mouvements réflexes très-bien conservés. Les cornes utérines touchées de nouveau se contractent avec la même énergie.

2 h. 50. Nous faisons une nouvelle injection de 2 grammes de chloral, en tout 4 grammes de chloral pris en trois quarts d'heure, ce qui est certainement une dose considérable pour une chienne de petite taille. Immédiatement résolution de tous les muscles de la vie de relation, cessation de tout cri de la chienne, sommeil profond mais très-calme. Respiration régulière, anesthésie complète. Les cornes utérines se contractent très-manifestement.

3 heures. L'anesthésie est complète, on pince le nez, la langue de la chienne, aucun mouvement. Nous touchons la corne utérine droite avec la pince de Gaiffe, elle ne tarde pas à se contracter visiblement. Il nous semble toutefois que la durée de la contraction est moins longue, ce qui n'a rien d'étonnant si l'on songe que cette chienne a perdu beaucoup de sang depuis le commencement et qu'une grande partie de la masse intestinale se trouve au dehors de l'abdomen.

3 h. 25. La sensibilité commence à reparaître ; on se hâte alors de faire rentrer la masse intestinale et de recoudre les parois intestinales avant que la sensibilité soit entièrement revenue. Cela fait, on détache l'animal qui continue à dormir d'un profond sommeil. La sensibilité est en partie revenue ; lorsqu'on la pique elle sent, mais faiblement. L'animal a continué à dormir jusqu'à 5 heures. Presque aussitôt après son réveil, il s'est mis à manger. Malgré le traumatisme considérable quelle avait subi, cette chienne a parfaitement guéri.

EXPÉRIENCE II (1).— Chienne vigoureuse, d'assez forte taille, poids, 15 kilos, fixée sur la table, on lui fait la même opération qu'à la précédente. Les cornes utérines et les fibres de l'intestin se contractent énergiquement sous l'influence de l'air. Sous l'influence de la pince de Gaiffe, les contractions deviennent beaucoup plus puissantes.

1. h. 10. Injection sous la peau de 4 grammes de laudanum (dose moyenne pour une chienne). Au bout de quelques minutes, l'animal commence à sommeiller. Nous touchons alors la corne utérine droite avec la pince de Gaiffe. La contraction est lente à se produire, cependant elle a encore lieu, mais je ne constate pas comme dans la précédente expérience, les mêmes bosselures produites sous l'influence de l'excitation. En d'autres termes, les contractions utérines sont sensiblement moins énergiques, de même que les contractions de l'intestin. La chienne dort profondément, la respiration est rapide.

1 h. 30. Nouvelle injection de 2 grammes de laudanum; sommeil très-profond, violente dyspnée. Les fibres de l'utérus et celles de l'intestin se contractent encore sous l'influence de la pince. Mais il faut observer avec *beaucoup d'attention* pour voir ces *contractions* qui sont *à peine sensibles*.

2 heures. Nous recousons la plaie avec soin; l'animal sent faiblement les piqûres qui lui sont faites.

2 h. 20. L'animal commence à revenir. Détaché, il peut déjà presque se tenir sur ses jambes. Toute la journée la chienne a été comme abrutie, refusant de manger. Elle a survécu.

Cette double expérience, jointe aux nombreuses observations que nous avons reproduites ou analysées, nous permet maintenant d'affirmer que le chloral, même à dose capable de produire l'anesthésie absolue, ne supprime nullement, ne diminue même pas la contractilité des fibres lisses en général, par conséquent des fibres de l'utérus.

Nous croyons donc avoir bien établi d'abord que l'hydrate de chloral, qui est capable de produire au plus haut degré l'anesthésie cutanée, peut également faire disparaître les douleurs de l'accouchement; que cette suppression des douleurs n'est nullement due à ce que les contractions utérines sont diminuées, soit dans leur intensité, soit dans leur fréquence; que celles-ci au contraire conservent toute leur puissance; que si elles semblent retardées à certains moments, ce qu'elles

(1) *The Lancet*, 21 février 1874, et *Gazette hebdomadaire*, 1874, n° 14.

perdent en fréquence elles le gagnent en force. Cette importante constatation explique comment quelques auteurs ont pu croire que le chloral agit directement sur les fibres utérines pour les exciter; comment M. Lambert, sans émettre une opinion semblable, a pu terminer son mémoire en disant : « que par l'usage du chloral, le travail non-seulement n'est pas ralenti, mais est souvent accéléré. »

Lorsque, en effet, la paresse utérine reconnaîtra pour cause un travail trop prolongé, qui a épuisé les forces de la malade, ou lorsque, chez une femme particulièrement irritable, et qui s'est fatiguée dès le début par des efforts inutiles, on verra les contractions utérines diminuer de fréquence ou d'intensité, lors, en un mot, qu'on sera menacé d'une de ces inerties avant l'accouchement qui, dans quelques circonstances, prolongent le travail au delà toute prévision, le chloral, administré à dose suffisante pour produire l'anesthésie complète, aura le plus souvent le pouvoir de rendre à l'utérus l'énergie, à ses contractions la puissance et la régularité qui lui faisaient défaut.

Cette opinion, que nous croyons suffisamment légitimée, est celle qui a été reproduite par tous les auteurs qui se sont occupés d'une façon méthodique de l'emploi du chloral dans l'accouchement ; c'est elle que M. Bourdon a émise dans son importante communication à la Société de thérapeutique ; elle a été également défendue par More Madden, par MM. Franca, Pélissier, Fauny dans les mémoires que nous avons cités.

C'est à la même conclusion que se rattache Playfair (1), qui rapporte les résultats de trois ans de pratique. Que si l'on n'était pas suffisamment convaincu, on se reporte aux travaux publiés sur l'éclampsie et sur son traitement par l'hydrate de chloral et l'on sera bien vite persuadé que, dans ces cas où les doses données ont été beaucoup plus considérables, jamais le chloral n'a retardé la terminaison de l'aecouchement, et que peut-être dans ces cas, plus encore qu'ailleurs, le travail a été avancé, car les accès étaient la plus grande causede retard.

Il est encore un autre ordre de preuves qui, pour être moins

---

(1) *Loc. cit.*

scientifique, n'en a pas moins sa valeur ; nous voulons parler de l'impression produite sur les personnes qui assistent aux expériences. Or tous les élèves qui ont suivi le service de M. Bourdon pendant les années 1872 et 1873 nous ont maintes fois répété qu'ils n'hésiteraient pas, dans leur pratique, à employer le chloral. Les filles de service, qui depuis plus de dix ans sont attachées à la salle d'accouchements, avaient été si frappées des avantages de l'anesthésie chloralique, qu'elles s'empressaient, dès qu'une femme souffrait beaucoup, de venir me prier de leur permettre de lui donner le chloral. J'ajoutera enfin que les voisines, tantôt quand, elles étaient accouchées, me reprochaient vivement de ne pas les avoir chloralisées, tantôt, lorsqu'elles attendaient leur délivrance, me suppliaient d'employer ce moyen ; j'ai maintes fois cédé à ces sollicitations, car M. Bourdon m'avait autorisé à le faire, et dans tous les cas je n'ai eu qu'à m'en féliciter.

II. — Il suffirait presque de se borner à ce que nous venons de dire, pour comprendre que ni l'enfant ni la mère ne sont mis en danger par l'anesthésie chloralique. En effet, nous avons établi que les contractions n'étaient pas diminuées, et que l'accouchement n'était pas retardé. M. Pellissier, dont le mémoire est celui qui a le mieux analysé toutes ces questions, déclare que pour lui : « Le chloral administré d'une façon prudente et à des doses convenables, est un agent d'une innocuité absolue. » Cet auteur, qui a toujours examiné avec soin les enfants nés de mères chloralisées, n'a jamais vu ceux-ci ressentir le moindre effet de l'agent hypnotique et anesthésique : jamais il n'a vu le lait de la mère, donné aux enfants presque immédiatement après la naissance, produire aucun effet hypnotique. Du reste, si le lait avait cette influence elle serait très-facile à éviter en retardant de quelques heures l'allaitement maternel.

Ainsi pour ce qui a trait à l'enfant, il n'existe aucune influence fâcheuse ; nous pourrions plutôt dire qu'il y a un effet favorable, puisque souvent l'accouchement étant un peu hâté, le fœtus court moins de risque d'être asphyxié.

Pour ce qui est de la mère, nous laissons encore la parole à

M. Pellissier : « D'une façon générale nous n'avons jamais observé aucun effet fâcheux, ni dans le travail ni dans les suites de couches. Quant à la convalescence, nous n'oserions pas dire qu'elle ait été plus courte, il faudrait pour cela avoir un nombre d'observations beaucoup plus considérable que celui que nous possédons; on avouera, en tout cas, que cette proposition n'aurait rien de déraisonnable. Je puis affirmer cependant que toutes les femmes que j'ai vu soumettre à l'emploi du chloral n'ont présenté aucune complication; ce n'est pas à dire, bien entendu, qu'elles se seraient moins bien remises si elles n'eussent pas été chloralisées, je constate seulement qu'elles n'ont présenté aucun accident. »

Dans les observations que nous avons recueillies nous-même, nous avons, comme M. Pellissier, été frappé de la rapidité du rétablissement des femmes. Ce point important de thérapeutique obstétricale demanderait de nombreuses recherches. Il faudrait d'abord savoir s'il est général et si M. Pellissier et moi, qui avons observé dans le même service, n'avons pas été dupes d'une série heureuse. En admettant que notre observation soit exacte et générale, comment pourrait-on expliquer ce résultat ? Deux explications sont en présence : En premier lieu, en soumettant la malade à l'anesthésie chloralique, on lui épargne de grandes fatigues, et peut-être faut-il voir uniquement là la cause d'une convalescence rapide ? c'est l'opinion de M. Pellissier. Mais il y a une autre explication possible, et qui, si elle était vraie, aurait une bien plus grande portée.

Depuis les importantes recherches de MM. Pitres et Dujardin-Beaumetz sur le pansement des plaies au moyen des solutions de chloral employées comme antiseptiques, surtout depuis les recherches de M. Personne sur les propriétés conservatrice et antiputride de cette substance, il m'est venu à l'esprit que peut-être le chloral joue dans ces cas le rôle d'un agent désinfectant, et que, mêlé au sang pendant les premières heures qui suivent l'expulsion du fœtus, il détruit ou neutralise les produits septiques résorbés par la plaie placentaire. Il est bien entendu que je ne donne cette idée qu'avec la plus extrême réserve;

mais, si des observations plus nombreuses venaient montrer qu'elle a quelque fondement, si surtout par une expérimentation sévère l'on parvenait à montrer que l'hydrate de chloral est capable de remplir un tel rôle, il y aurait là une indication du chloral qui primerait toutes les autres. C'est du reste une étude fort importante que je me propose de poursuivre.

III. — Nous venons d'établir que l'hydrate de chloral produit l'anesthésie, sans danger pour le fœtus et la mère, quand il est donné de manière prudente et à dose convenable; il nous reste à bien préciser dans quels cas il doit être administré, à quelle période du travail il convient de le donner, et enfin à quelle dose, sous quelle forme, par quelle voie.

Ce que nous avons dit de l'innocuité du chloral montre bien, qu'à la rigueur, il pourrait être administré dans tous les cas; il y a cependant telle condition qui réclame davantage son administration si on ne veut pas l'ériger en principe. M. Pellissier, à qui nous avons si souvent des emprunts à faire, s'exprime ainsi : « Le chloral conviendra toutes les fois qu'il s'agira de procurer du sommeil, du repos et de diminuer les douleurs de l'enfantement. »

Je sais que plusieurs praticiens, des plus distingués, prétendent que, quand il n'y a pas d'opération à faire, il faut laisser les douleurs suivre le cours normal; nous ne saurions partager cette manière de voir, et nous croyons que si, sans aucun inconvénient, l'on peut diminuer la douleur, l'on doit toujours le faire. Mais pendant longtemps encore des praticiens instruits répugneront à employer l'anesthésie comme moyen ordinaire, et beaucoup de femmes refuseront de s'y soumettre; il importe donc de bien préciser dans quels cas il faut employer le chloral, dans quels cas le médecin devra insister auprès de la malade pour qu'elle prenne le médicament.

Le chloral doit être surtout employé dans les accouchements trop prolongés, et chez les primipares, car alors les douleurs ont une intensité qu'on ne retrouvera plus qu'exceptionnellement dans les accouchements ultérieurs.

Souvent il arrive que les douleurs étant très-intenses, les femmes, lorsqu'elles sont nerveuses, s'épuisent en efforts inutiles

et qu'au moment où elles auraient surtout besoin de leurs forces pour les dernières douleurs expulsives, elles sont fatiguées, et la matrice cesse de se contracter. Dans ces cas, le chloral qui procure du repos, qui empêche les femmes de s'épuiser, sera formellement indiqué.

Il le sera encore chez les femmes nerveuses, qui s'agitent et se plaignent outre mesure. Si l'on peut provoquer chez elles l'anesthésie l'on hâtera notablement le moment de la délivrance. Si l'on peut avant le travail et même pendant la grossesse leur promettre de diminuer beaucoup les douleurs qu'elles doivent endurer, on atténuera beaucoup l'appréhension qu'elles éprouvent pendant toute la durée de la gestation. Je me souviens d'une jeune femme de 19 ans qui, pendant les premiers mois d'une première grossesse, était devenue véritablement malade par l'effet de la crainte qu'elle éprouvait des douleurs qu'elle aurait à endurer, et dont le tableau lui avait été maladroitement dépeint par une de ses amies. Dès que je lui eus fait comprendre que l'on pouvait supprimer ces douleurs sans aucun danger pour elle ni pour son enfant, elle recouvra une santé florissante et accoucha facilement à terme sous l'influence de l'anesthésie chloralique.

Chez les hystériques, qui ont si souvent des attaques au moment de la parturition, l'on emploiera encore le chloral avec succès.

Nous ajouterons que l'on pourra soulager par le chloral les tranchées souvent très-pénibles qui suivent l'accouchement. On trouve dans la thèse de M. Pellissier un bel exemple de tranchées guéries par l'emploi du chloral.

C'est à dessein que j'ai omis de parler de l'emploi du chloral dans les opérations obstétricales et dans l'éclampsie ; ce sont là des indications particulières qui feront l'objet d'une étude à part.

A quel moment du travail faut-il administrer le chloral? Sous ce rapport, il est bien difficile de poser une règle absolue qui réponde à tous les cas ; on peut cependant dire que, dans l'immense majorité des cas, c'est au moment où la dilatation est complète, quand les douleurs expulsives vont commencer, qu'il

convient de provoquer l'anesthésie; ce n'est que dans les cas très-rares et quand les femmes souffrent beaucoup qu'on peut être autorisé à le donner pendant la période de dilatation. Le grand inconvénient qu'il y aurait à l'administrer souvent à cette période consiste en ce qu'on serait forcé de tenir trop longtemps la femme sous l'influence de l'anesthésie. Il n'existe pas, en effet, d'autre contr'indication du chloral, spéciale à l'accouchement, et pour se rendre compte des cas dans lesquels il ne faut pas le donner, il suffira de se reporter aux renseignements fournis par les traités de thérapeutique, en faisant toutefois cette réserve qu'un grand nombre des contr'indications qui, lors des premiers essais, ont été considérées comme absolues, ne doivent plus maintenant, après une étude plus complète du médicament, être considérées comme telles.

La dose de chloral qu'il faudra employer variera, on le comprend, avec le moment où on le donne, avec la susceptibilité des malades, avec l'effet que l'on veut obtenir. On peut cependant, d'une manière générale, dire que la dose varie de 4 à 6 grammes donnés, soit en deux fois à une demi-heure d'intervalle, soit par gramme de quart d'heure en quart d'heure, quand on ne désire pas un effet très-rapide.

La voie naturelle, celle qui doit toujours avoir la préférence à moins de contr'indication, est la voie gastrique. Nous conseillerons dans ces cas d'employer la même méthode que notre excellent maître M. Bourdon. Il fait dissoudre l'hydrate de chloral dans le sirop de groseilles, qui est celui qui en masque le mieux le mauvais goût, et préparer une solution au vingtième, de manière que chaque cuillerée représente 1 gramme.

Cependant il arrive souvent que les femmes, soit qu'elles vomissent antérieurement, soit que le chloral ait excité l'estomac, rejettent ce médicament; il faut alors le donner par la voie rectale. Tout en se gardant de se servir d'une solution concentrée qui pourrait irriter la muqueuse, il faut cependant avoir soin d'employer peu de liquide, pour que le lavement soit gardé et le médicament absorbé.

Nous n'avons rien dit des injections intra-veineuses, ni de la méthode hypodermique; nous croyons que ce sont là des

moyens trop dangereux pour qu'il soit permis de les employer pour obtenir l'anesthésie dans l'accouchement naturel.

En résumé, l'hydrate de chloral est un puissant anesthésique, capable, quand il est donné à doses suffisantes, de supprimer complètement les douleurs provoquées par les contractions utérines. Ce fait est mis hors de doute par l'analyse des nombreuses observations que l'on peut actuellement vérifier; il est encore rendu plus évident, si la chose est possible, par la lecture des observations d'éclampsie, cas dans les quels le plus souvent les douleurs avaient atteint une intensité inouïe.

Cette suppression de la douleur, si avantageuse dans nombre de circonstances, n'est pas obtenue aux dépens de la régularité et de la rapidité du travail. Une comparaison impartiale des observations, les expériences de M. Pellissier permettent d'affirmer que les contractions utérines ne perdent rien ni en fréquence ni en force. Si dans quelques cas elles semblent revenir moins souvent qu'avant l'administration du médicament, cela tient à ce que, dans le principe, elles revenaient d'une manière trop rapide et sans fruit. L'hydrate de chloral, en supprimant la douleur et les excitations qu'elle provoque, hâte en général la terminaison du travail; car, sous son influence, les contractions gagnent en puissance ce qu'elles perdent en fréquence.

Le chloral peut être employé pendant le travail sans aucun inconvénient pour la mère ni pour l'enfant; il semble même, d'après les observations de M. Pellissier et les miennes, que les suites de couches sont plus favorables quand on en fait usage. Cela tient-il au repos qu'il produit et au manque d'épuisement? faut-il y voir une action spéciale du chloral qui jouerait le rôle de désinfestant comme dans les recherches de MM. Dujardin-Beaumetz et Personne? C'est là une question qui réclame de nombreuses recherches.

C'est surtout chez les femmes excitables, qui ont épuisé leurs forces dans la première partie du travail, et chez les hystériques, que le chloral est indiqué. Cependant il nous semble que cette méthode pourrait être généralisée.

Quoi qu'il en soit, quand on est décidé à employer le chloral, il faut le donner à dose suffisante pour produire des effets utiles

et ne pas perdre, par trop de circonspection, les avantages d'un médicament précieux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES JUMEAUX

Par le Dr Ahlfeld (1).
Privatdocent à l'Université de Leipzig.
Traduit de l'allemand par le Dr L. E. DUPUY,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

DE L'ÉPIGNATHE.

Le nom d'*Epignathe* a été donné par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire aux monstres qui ont une tête accessoire, très-incomplète et très-mal conformée dans toutes ses parties, attachée au palais de la tête principale. (Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux.)

Plus tard, on donna au mot *Epignathe* une signification plus étendue, et, aujourd'hui encore, on désigne ainsi tout fœtus présentant dans sa cavité buccale une masse ou tumeur dont les éléments attestent l'existence d'un second fruit.

La connaissance de cette malformation remonte assez haut dans l'histoire de la médecine. Déjà *Celse* avait noté (*De re medica*, lib. VII,6) des mélicéris et des athéromes avec cheveux, os et dents s'observant au cou et à la tête d'enfants nouveau-nés. Mais la première description d'un Epignathe, avec dessin à l'appui, date de l'année 1688.

Elle nous a été donnée par *Hoffmann*, in *Miscellanea curiosa sive Ephemeridum Decuriae*, II, anni VI, obs. 165, page 336. Nereumbergae 1688 (et non 1687, ainsi que la plupart des auteurs l'ont indiqué à tort, d'après I. Geoffroy Saint-Hilaire).

Mais la question ne fut réellement traitée d'une façon scientifique que par *Vrolik*; ce savant donna une description parfaite

---

(1) *Extrait des Archiv für Gynækologie*, tome VI, fascicule 2.

d'un cas d'Epignathe et accompagna son observation d'une dissertation remarquable sur la genèse de cette malformation (in *Nieuwe Verhandelingen der eerste Klasse van het Koninklijk-Nederlandsche Instituut, derde deel*, Amsterdam, 1831, p. 211, sous le titre : *Over verstrooide beginselen van een tweede kind waargenomen in een gezwel aan het linker deel der aangezigts bij, eene zevenmaandsche vrucht*).

Depuis cette époque, tous les auteurs qui se sont occupés de la question se sont prononcés sur l'origine de l'Epignathe; les travaux les plus intéressants sur ce sujet sont ceux de *Rindfleisch, B. S. Schultze* et *Baart de la Faille.*

En 1838, il n'était à la connaissance de I. Geoffroy Saint-Hilaire, que trois cas d'Epignathe dans la littérature médicale; mais ce savant n'a pas tenu compte d'un certain nombre de faits bien décrits, probablement par suite de sa connaissance incomplète de la littérature allemande (1). Il décrit rapidement le cas de *Hoffmann* (obs. 1), et mentionne les deux faits de *Breschet* (obs. 9 et 10).

Dans son Atlas de l'Histoire des anomalies, il représente (planche 20, fig. 3) la tête d'un veau, de la bouche duquel sort une masse qui présente, d'une façon évidente, une forme animale. Il range cette malformation dans la classe des Hypognathes, quoique le dessin fasse plutôt songer à un Epignathe.

Förster, bien que son ouvrage sur les malformations humaines ait paru en 1865, époque à laquelle un grand nombre d'observations avaient déjà été publiées, ne tint compte que de six faits, à savoir : ceux d'*Hoffmann* (obs. 1), de *Kidd* (obs. 17), d'*Otto* (obs. 11 et 12), de *Poellman* (obs. 18), et de *Hess* (obs. 3).

Enfin, *Baart de la Faille*, qui a publié le traité le plus récent sur l'Epignathe (*Jets over den Epignattsus, eene teratologische bijdraeje. Groningen*, 1874), rapporte 17 obs. dont 2 lui sont personnelles. Les autres faits sont ceux de *Hoffmann* (obs. 1),

(2) Le lecteur sera frappé comme nous de la façon tout au moins légère, dont l'auteur allemand traite les opinions d'un de nos maîtres les plus illustres.

(Note du traducteur).

Vrolik (obs. 4), *Sömmering* (obs, 3), *Breschet* (obs. 9 et 10), *Blimdell* (obs. 5), *Otto* (obs. 11, 12 et 13), *Hess* (obs, 3), *Poelmann* (obs. 18), *Kidd* (obs. 17), *Wegelin* (obs. 19), *Hecker* (obs. 20) et *Rippmann* (obs. 21).

Comme le cas de *Sömmering* est, selon toute vraisemblance, le même que celui de *Hess*, le nombre des observations sur lesquelles repose ce mémoire doit être réduit à 16.

Dans notre travail, nous reproduirons 25 observations tirées de la littérature médicale et nous y ajouterons un nouveau fait qui nous a été communiqué par M. le professeur Wagner.

OBSERVATION I. — (Hoffmann, 1688).
Ephem. n. c. 1688, *dec. II, ann. VI, obs.* 165, *page* 336.

Du milieu de la voûte palatine d'un nouveau-né se détache une tumeur qui présente des poils sur une petite portion de sa surface. L'intérieur de cette tumeur renferme des parties kystiques, des lames osseuses et un os analogue au maxillaire inférieur. Les autres os n'ont aucune analogie avec ceux d'un fœtus.

Les recherches de l'auteur sont assez peu précises; les figures qui accompagnent la description manquent aussi de clarté. Ces dernières permettent néanmoins de reconnaître qu'il ne s'agissait point ici d'une tête rudimentaire; en effet, il est impossible d'admettre la description que donne Hoffmann d'un prétendu nez, d'oreilles, d'yeux, etc. Pour que le fait fût admissible, il eût fallu tout au moins que la tête rudimentaire fût unie par son occiput à la tête du plus grand fœtus; or, cette disposition n'existait point. Cette prétendue tête n'est qu'une image de fantaisie, et le dessin, reproduit ci-dessous, démontre facilement la vérité de notre manière de voir. De plus, la présence dans la tumeur d'un os ressemblant à un maxillaire inférieur ne prouve pas que toute la masse représentât une tête. C'est donc à tort que Geoffroy Saint-Hilaire attribue une grande importance à ce dernier fait. « Le seul fait intéressant que ceux-ci (les anatomistes) aient pu constater, dit-il, est l'existence d'une mâchoire inférieure. » (Voy. Planche 1, Fig. 1 et 2.) La présence du maxillaire inférieur semble avoir guidé ce savant dans le choix d'un autre terme de sa classification; on sait, en effet, qu'il range l'épignathe parmi les *Monstres polygnathiens*.

OBSERVATION II. — (Haack, 1826).
Dissertatio sisteus descriptionem anatomicam fœtus parasitici. Kiliæ, 1826.

Primipare, âgée de 27 ans; bien portante avant et pendant la gros-

sesse; accoucha d'un fœtus de 7 à 8 mois, masculin, en présentation crânienne, pesant 2 livres et mesurant une longueur de 15 pouces. Le placenta était plus volumineux qu'à l'état normal; mais à part cela il n'existait aucune autre anomalie. Le cordon ombilical s'insérait au milieu du gâteau placentaire. (Voy. Pl. I, Fig. 3.)

Par une ouverture de la voûte palatine se dégageait une tumeur qui refoulait en haut, en les aplatissant, la lèvre supérieure et le nez. En ouvrant le crâne, la masse cérébrale (putréfiée) s'écoula au dehors; il fut néanmoins possible de reconnaître que les nerfs de la base du crâne existaient tous: les nerfs olfactifs notamment avaient leurs dimensions normales.

La tumeur est entourée d'une membrane assez résistante, de 2 à 3 millimètres d'épaisseur; lorsqu'on l'eut incisée, il s'écoula une certaine quantité d'un liquide limpide. Quelques lignes observées à la surface de cette vaste poche auraient eu quelque ressemblance avec les sutures crâniennes, et, pour cette raison, l'auteur croit devoir l'assimiler à une tête. Plus loin, on trouve des os pouvant se rapprocher d'une colonne vertébrale, et, dans une cavité, deux parties figurent à peu près des pieds.

Les figures annexées à cette observation sont mauvaises.

Observation III. — (Sommering, 1830).

Himly, Geschiche des Fœtus in Fœteu. Hannover 1831, *page* 112. *Hess, Beitrag zur Casuistik der Geschwülste mit Zeugungsæhnlichem Intsalte. Inaug. Diss. Giessen.* 1845. *Observation III.*

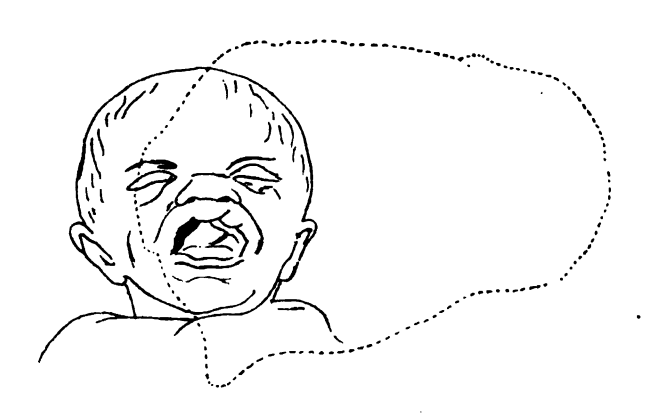
Fœtus du sexe féminin presque à terme. La tumeur, deux fois aussi volumineuse que la tête, siége principalement sous la joue gauche considérablement distendue, et ne sort qu'en partie de la bouche. La portion de la tumeur émergeant de la cavité buccale représente deux extrémités inférieures soudées ensemble et un segment du paquet intestinal. (Voy. Pl. II, Fig 4.)

Dans les extrémités, on sent des os qui sont réunis par une espèce d'articulation. La partie de la tumeur placée sous la joue renferme: des os, un corps ayant de la ressemblance avec un avant-bras, des doigts distincts, plusieurs portions d'intestins terminées par deux extrémités borgnes, un autre corps ressemblant à un pied qui aurait sept orteils, des poches et des culs-de-sac ayant un contenu athéromateux. Les muqueuses de la voûte palatine, du pharynx et des lèvres contribuent à former le revêtement de la tumeur. La cavité du pharynx est considérablement agrandie, la langue refoulée de côté et sur le plancher de la bouche. Les orifices du larynx et de l'œsophage sont très-rétrécis, l'épiglotte est déformée.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.



E. Lemoine.

OBSERVATION IV. — (Vrolik, 1831.)

Over verstrooide beginselen van een tweede Kind; in Nieuwe Verhandelingen der 1. Cl. van het Koninkl. — Nederl. Instituut. Amsterdam, 1831, III, 211.

Femme multipare, n'ayant eu que des enfants bien conformés.

Commencement du travail au bout d'une grossesse de huit mois qui fut exempte de complications. Présentation crânienne. Malgré de fortes douleurs, la tête avançait lentement. La sage-femme sentit une tumeur à la tête et la perfora avec son doigt. Il s'écoula une grande quantité de liquide transparent, et peu après la femme accoucha d'un enfant mort. (Voy. pl. II, Fig. 5.)

Vrolik remplit de nouveau la tumeur de liquide et ferma la déchirure de la poche au moyen d'une suture.

La tumeur a son siége dans la cavité buccale sous la joue gauche sa forme est arrondie, mais sans que sa surface soit complètement lisse : celle-ci présente, au contraire, des parties plus élevées, séparées par des sillons. Diamètre : 4 1/2 centimètres. Circonférence 13 1/2 centimètres. La peau de la tumeur présente de petites franges et des végétations qui la fixent aux téguments de la joue. On ne constata point le passage de vaisseaux sanguins. La peau de la tumeur se renverse plusieurs fois en dedans.

Dans la tumeur on trouve : un os long (tibia), des cartilages et des ligaments (les disques cartilagineux du genou), d'autres os (calcaneum), des extrémités avec des doigts (dont l'une était double), des fragments osseux méconnaissables, une masse analogue au placenta, une portion du canal intestinal avec l'appendice vermiforme, rempli de tissu muqueux. La nutrition de la tumeur s'effectue par de petits rameaux artériels provenant principalement des artères maxillaire externe et thyroïdienne. Les veines se réunissent en un gros tronc qui se jette dans la jugulaire interne. On ne trouva point de nerfs.

OBSERVATION V. — (Blundel, 1834.)

Principles and practice of obstetrics. London, 1835. *Baart de la Faille, Jets over den Epignatus*, page 8.

Il s'agit d'un enfant nouveau-né présentant des excroissances en forme de grappes qui pendaient hors de la bouche.

OBSERVATION VI. — (Strudencki, 1834.)

De quadem linguæ infantis neonati abnormitate, adhuc nondum observata. Dissert. Berol., 1834.

La femme d'un voiturier s'aperçut, en allant nourrir ses chevaux, que l'un d'eux était mort pendant la nuit; cet animal avait la langue

fortement pendante hors de la bouche. La femme en conçut une peur très-vive.

Bien qu'elle fût enceinte de deux à trois mois, elle arriva, sans aucune complication notable, au terme de sa grossesse. L'accouchement fut facile chez cette femme, qui en était, du reste, à son quatrième enfant.

Première position du sommet. L'enfant à terme et vivant pesait 9 livres et présentait une longueur de 17 centimètres.

Il vécut trente-six heures. On attribue sa mort à du lait tombé dans la trachée pendant qu'il buvait.

Hors de la bouche pendait une masse, ressemblant à une langue décuplée de volume. Sous la langue existait une tumeur renfermant beaucoup d'os et de fragments de cartilage et, en outre, plusieurs kystes, dont les uns contenaient du liquide et les autres une matière caséeuse ou albumineuse. Dans d'autres kystes, on trouvait de la graisse, des cheveux ou des morceaux de cartilage. (Voy. pl. II, Fig. 6.)

La tumeur est confondue avec la langue et est reliée par une courte bandelette à la moitié droite du maxillaire inférieur. En y comprenant la langue, elle mesure 6,2 centimètres de long, 4 centimètres de large, 2,4 centimètres d'épaisseur.

Sa surface est recouverte par une muqueuse qui s'observe dans la portion de la tumeur avoisinant la bouche; en dehors, cette membrane s'amincit de plus en plus et finit par disparaître complètement.

Le voile du palais et l'épiglotte sont attirés en avant, de telle façon que la glotte n'est plus recouverte. La lèvre inférieure manque complètement. La partie cutanée de cette lèvre se confond avec les téguments de la tumeur.

Le maxillaire inférieur est aplati de haut en bas et, en quelque sorte, tassé sur lui-même.

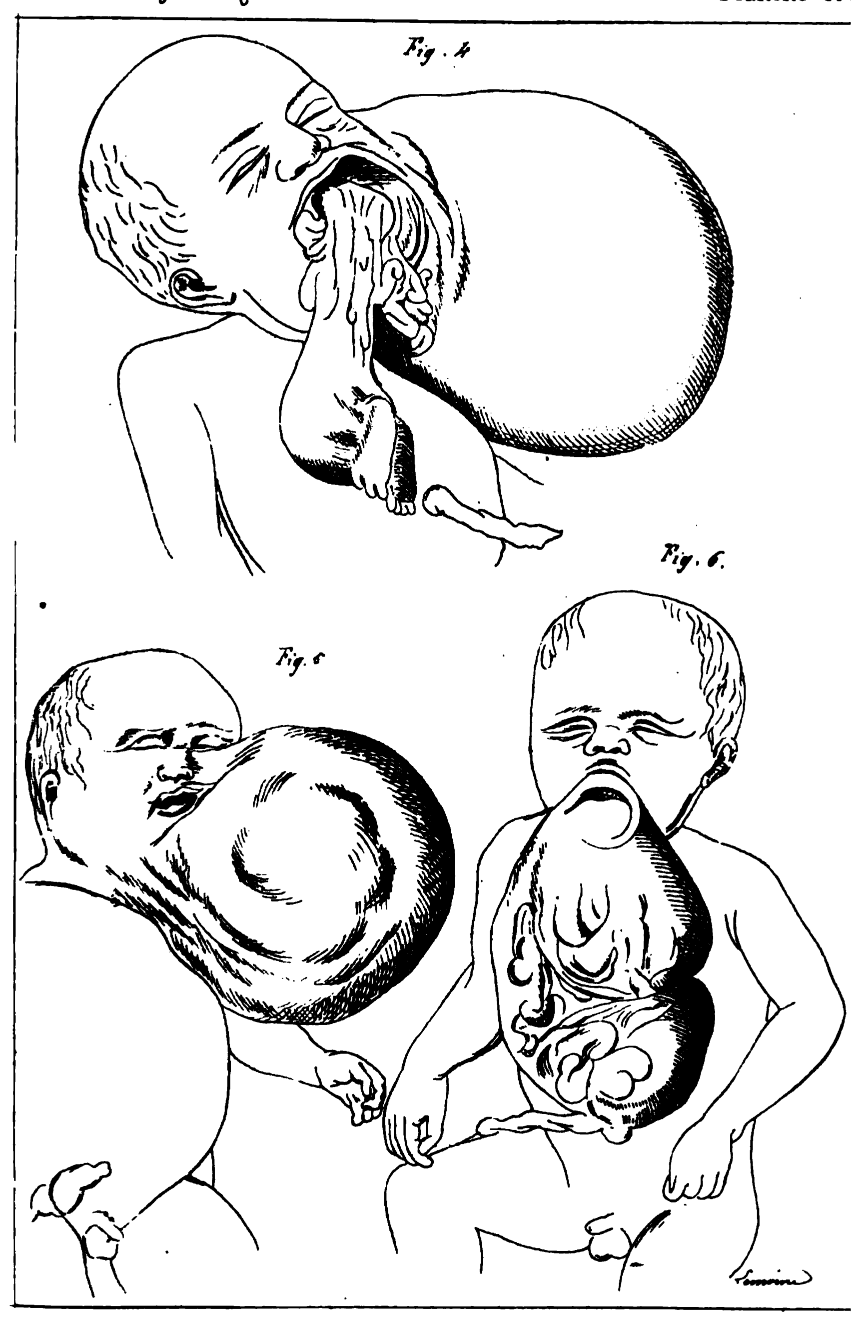
Observation VII. — (Strudencki.)

De quadam linguæ infantis neonati abnormitate, adhuc nondum observata. Dissert. Berol., 1834.

De la bouche d'un garçon, né au septième mois de la grossesse, sort une tumeur, un peu plus petite à elle seule que le fœtus tout entier.

La tumeur est reliée à la voûte palatine par un court pédicule ne mesurant que 4 millimètres. La paroi externe de la tumeur est constituée par un tissu solide. A l'intérieur se trouvent des kystes renfermant des cheveux, du liquide, des masses fibrineuses molles, etc. A la partie supérieure existe une poche recouverte de cheveux et renfermant dans sa cavité quelques os assez semblables à ceux d'un fœtus.

Strudencki considère cette tumeur comme un fœtus rudimentaire


Fig. 4
Fig. 6.
Fig. 5

dont la tête seule existe et est reliée à la voûte palatine par le cordon ombilical.

OBSERVATION VIII. — (Bury, 1834.)
London medical Gazette, vol. XIV, may 24, 1834.

Secundipare, 22 ans. Présentation du crâne en occipito-postérieure. Applications infructueuses du forceps et du levier. Perforation, version, extraction difficile. Mort de la femme six jours après l'accouchement.

La tumeur siége sous la peau de la joue et le maxiliaire supérieur du côté droit; elle a deux à trois fois les dimensions de la tête d'un enfant à terme. La consistance est molle; à trois endroits seulement on sent des parties dures. Elle se compose de deux moitiés réunies par un canal pouvant admettre le passage du doigt. Les deux parties sont séparées par un os plat, long de 1 1/2 centimètre et émanant du frontal de l'enfant. (Voy. pl. III, Fig. 7.)

Dans l'intérieur de la tumeur, on trouve un liquide aqueux, des os, trois extrémités, une portion du cuir chevelu.

L'union de la tumeur avec l'enfant est très-lâche, dans la fosse temporale seulement, les adhérences sont un peu plus solides; c'est là probablement que les vaisseaux de la tumeur se dégagent des artères et veines temporales.

OBSERVATION IX. — (Breschet, 1834.)
Lauth. Sur les diplogénèses. Paris, 1834.
Is. Geoffroy St-Hilaire. Histoire des anomalies, 1837, 3e vol., p. 180.

Dans l'ouvrage de Lauth, on fait mention de deux cas de Breschet. Dans l'une et l'autre de ces observations, les rudiments d'un fœtus plus petit étaient soudés à la paroi postérieure du pharynx. L'union était produite par le cordon ombilical dont les vaisseaux émanaient du sphénoïde.

OBSERVATION X. — (Breschet, 1834).

Voir: Observation IX.

OBSERVATION XI. — (Otto, 1841.)
Monstrorum sexcentorum descriptio anatomica.
Vratislaviæ, 1841, n° 586.

La tumeur est fixée par un pédicule court et large, à la gorge d'un garçon né au sixième mois de la grossesse, et s'accroît en dépassant la bouche. Ses dimensions dépassent celles de la tête d'un enfant. Le voile du palais est fortement distendu. Le maxillaire et la

lèvre supérieure sont refoulés en haut, le maxillaire et la lèvre inférieure en bas.

La tumeur n'est recouverte qu'à sa partie supérieure par une membrane muqueuse.

Observation XII. — (Otto, 1841.)
Monstrorum sexcentorum descriptio anatomica.
Vratislaviæ, 1841, n° 587.

La tumeur, divisée en plusieurs lobes, sort de la bouche d'une fille venue au monde avant terme (à sept mois). Les lobes affectent des formes variables et renferment beaucoup de poches. Dans la tumeur, on trouve du cartilage et des os. La voûte palatine est fendue du côté droit. La tumeur envahit les fosses nasales et sort par les narines.

La cavité buccale est fortement agrandie. Le nez, le maxillaire et la lèvre supérieure sont refoulés en haut. La lèvre supérieure du côté gauche est unie à la tumeur.

Le maxillaire inférieur et la langue sont refoulés en bas.

Observation XIII. — (Otto, 1841.)
Monstrorum sexcentorum descriptio anatomica.
Vratislaviæ, 1841, n° 588.

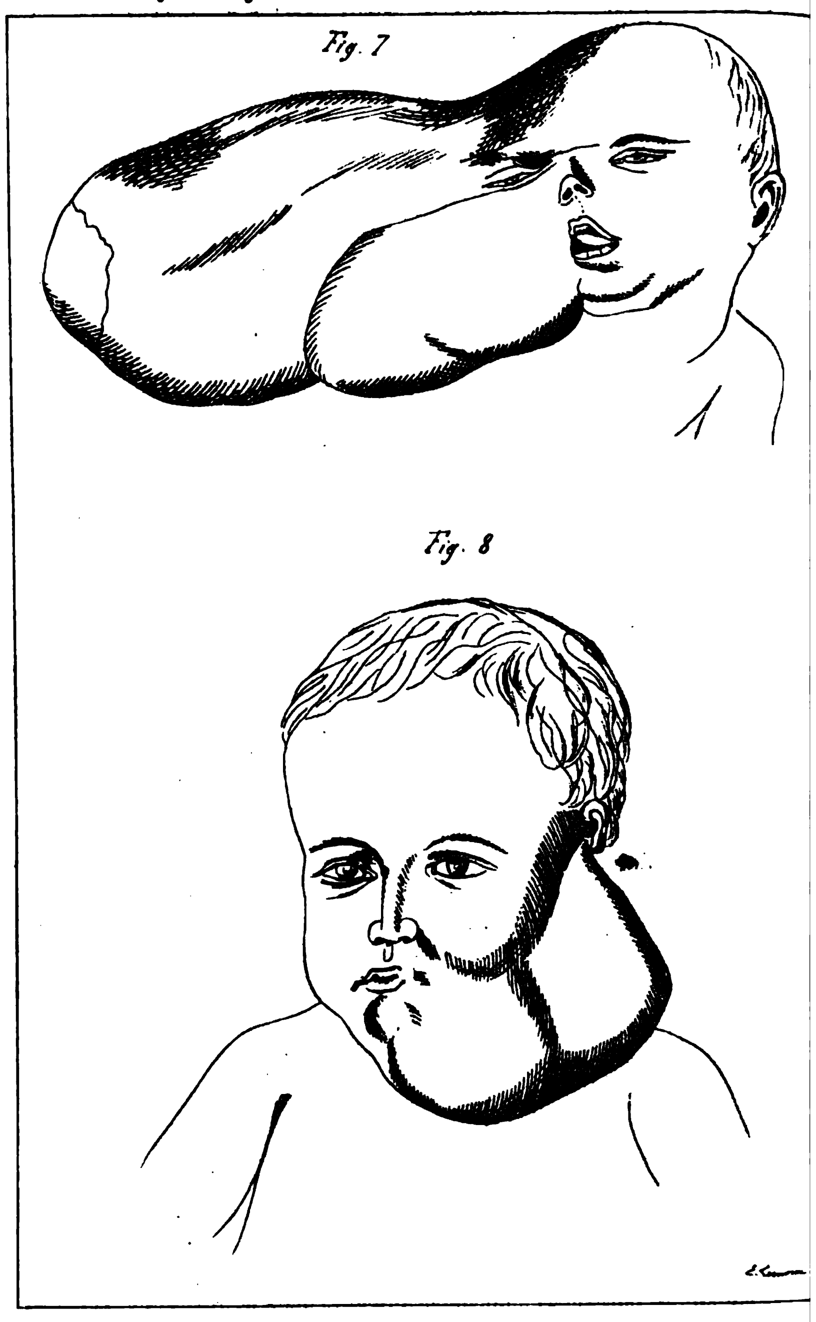
Enfant né à six mois, du sexe féminin.

La tumeur ne fait pas seulement saillie hors de la bouche, mais elle envahit encore tout le côté gauche de celle-ci et représente, à ce niveau, une excroissance qui rappelle assez bien l'aspect d'une deuxième tête. L'oreille, l'œil, l'aile du nez, l'angle de la bouche du côté gauche sont entraînés par la tumeur. Celle-ci, émergeant de la voûte palatine et de la joue gauche, fait saillie hors de la bouche largement ouverte et présente une masse volumineuse, lobulée, renfermant des vésicules dans son intérieur et des petits canaux tapissés par une muqueuse. Une tumeur plus petite est considérée par Otto comme étant un testicule.

La seconde tumeur, bombant au niveau de la portion écailleuse du temporal gauche, se continue avec la première. Elle ressemble à une hernie du cerveau, mais ne présente aucune communication avec la cavité cérébrale. L'arcade zygomatique du côté gauche est détruite.

Observation XIV. — (Retzius, 1846.)
Svenska Läkare Sallskapets Nya Handlingar, vol. III, p. 224.
Canstatt's Jahresbericht; 1846, IV, p. 18.

Dans le premier mois de la grossesse, la femme F... tomba sur le ventre. A partir du sixième mois, elle ressentit une douleur fixe dans la région de l'estomac; elle accoucha à sept mois.


Fig. 7
Fig. 8

De la voûte palatine, fendue en deux, se dégage une tumeur en forme de grappe, fixée par un mince pédicule.

La surface de celle-ci était recouverte par de petits cheveux; à une place seulement, les cheveux présentaient un développement plus marqué.

De chaque narine sort un polype. Dans l'un des lobes les plus externes, on trouva des concrétions osseuses n'ayant aucune ressemblance avec les os normaux.

Observation XV. — (Gilles, 1852.)

De hygromate cystico congenito. Dissert. Bonnæ. 1852.

Un enfant du sexe masculin, provenant de l'accouchement naturel d'une femme tertipare, fut admis à la clinique pour une tumeur occupant la moitié gauche de la figure.

La tumeur, formée de deux parties, s'étend de l'oreille gauche au menton. Après la naissance, elle avait le volume d'un petit œuf de poule, une consistance molle; elle n'était ni douloureuse, ni chaude et présentait un certain degré de mobilité. Cette tumeur s'accrut et prit une consistance plus ferme. Comme la respiration devint gênée, on entreprit l'extirpation en trois séances.

On enleva d'abord un kyste placé en avant et qui renfermait un liquide épais, de l'épithélium, de la graisse et une masse filamenteuse. Dans l'un des kystes qui furent enlevés par une deuxième opération, on trouva une dent incisive. (Voy. pl. III, Fig. 8.)

Une troisième opération consista à retrancher la masse principale; celle-ci était formée de kystes renfermant surtout de la graisse et une substance granuleuse.

Outre cela, on trouva un os muni de plusieurs dents, qui ressemblait assez au maxillaire inférieur.

L'enfant mourut un an et demi après l'opération.

Observation XVI. — (Hess, 1864.)

Beiträge zur Casuistik der Geschwülste mit Zeugunsähnlichem Inhalte. Dissert. Giessen, 1854.

De la bouche d'une fille presque à terme sort une grosse tumeur. Deux petits polypes font issue à travers les narines.

La tumeur est fixée au maxillaire supérieur par une base très-étroite. Une seconde tumeur plus petite existe encore en arrière et est insérée sur la voûte palatine par une plus large base.

La tumeur principale est plus volumineuse que la tête d'un fœtus; elle est formée par un grand nombre de lobes.(Voy. pl. IV, Fig. 9).

La muqueuse buccale s'étend sur la tumeur; mais ne revêt que les lobes de la base.

Les autres lobes en sont dépourvus et recouverts en partie par un tégument fibreux, en partie par de la peau véritable présentant un léger duvet. Dans la tumeur on trouve des kystes renfermant, les uns, du liquide, les autres, une matière sarcomateuse; plus loin existent des os bien conformés.

Deux os, plus gros que les autres, ressemblaient à un maxillaire supérieur et étaient munis de dents.

Observation XVII. — (Kidd, 1856.)

Dublin hospit. Gaz., 1856, n° 6.
Canstatt's Jahresbericht, 1856, IV, p. 13.

La tumeur fut enlevée par excision de la bouche d'un enfant nouveau-né, bien conformé. Elle était ovale, d'une longueur de 8 centimètres, d'une largeur de 5 à 6 centimètres. Par son extrémité amincie, elle était fixée à la voûte palatine.

Sa surface était lobulée et recouverte de peau normale.

Un des lobes ressemblait à une vessie et renfermait un liquide de coloration jaune-paille. Un autre, placé presqu'au milieu de la masse, présentait un sillon qui le divisait en deux parties (fesses), un point ressemblait à l'anus, auquel correspondait l'extrémité terminale d'une portion d'intestin.

Une des parties du lobe, ainsi séparé en deux, formait un prolongement qui, à un certain niveau, se divisait en deux extrémités, sur lesquelles on reconnaissait des doigts ou des orteils avec trois phalanges et des ongles. D'autres doigts étaient dépourvus d'os. Dans l'intérieur du lobe on trouva deux cartilages juxtaposés (corps des pubis?), et plus profondément, une portion d'intestin atteignant presque 4 centimètres de longueur. Celle-ci se composait de deux canaux ayant exactement la même direction ; les extrémités de chacun d'eux étaient arrondies et fermées; ils renfermaient une substance grise et pâteuse.

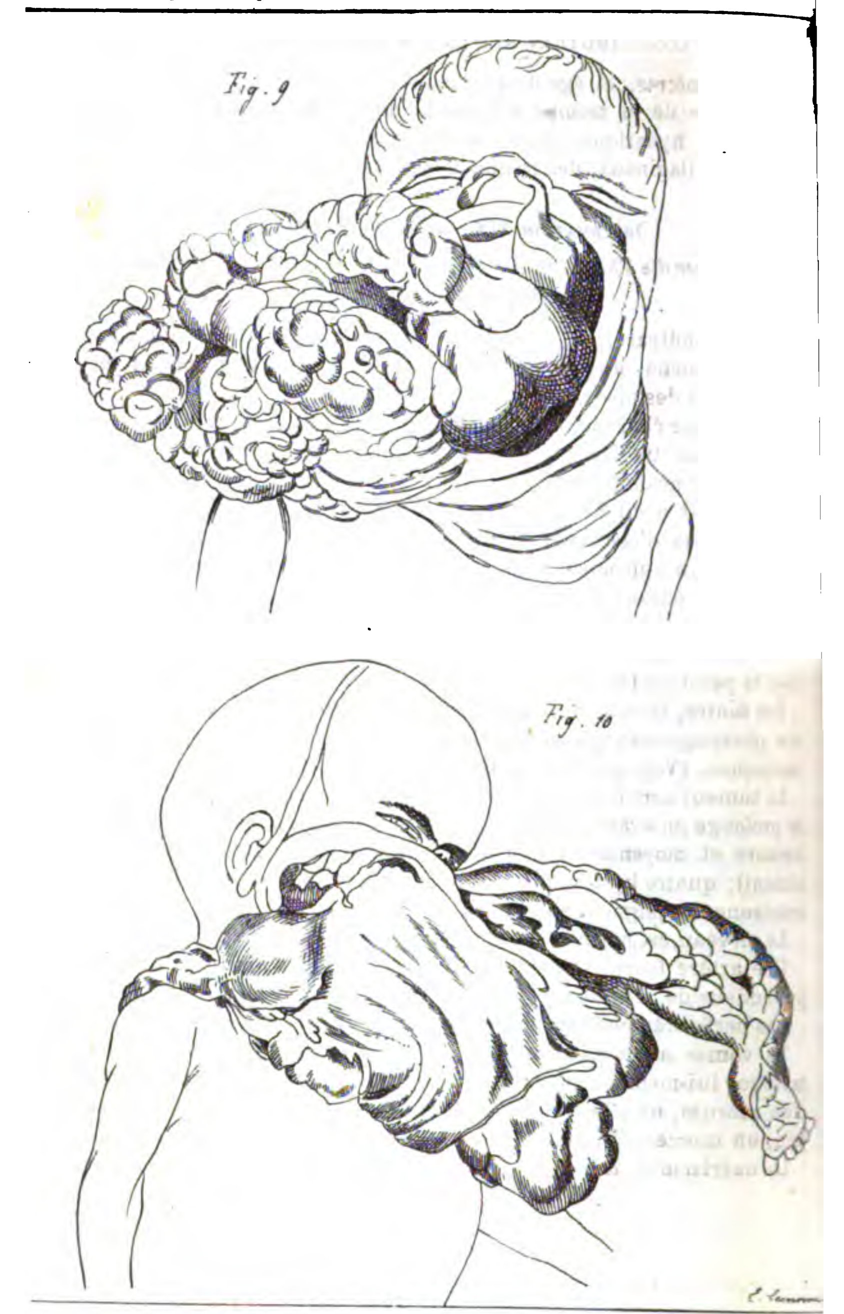
Les lobes plus internes renfermaient de nombreuses particules cartilagineuses et osseuses, et du liquide analogue à du tissu cérébral tombé en déliquium. Un os était analogue à l'occipital.

Observation XVIII. — (Poelmann, 1855).

Bulletin de la Société de méd. de Gand, 1855, p. 10.
Canstatt's Jahresbericht, 1855, IV, p. 13.

La mère est une multipare âgée de 31 ans : ses autres enfants avaient été normaux.

La tumeur a 6 centimètres de longueur, 10 centimètres de circonférence; elle sort de la bouche du fœtus, qui est né avant terme (long


Fig. 9
Fig. 10

de 20 centimètres, et âgé de 4 1/2 mois); son pédicule s'insère sur le côté externe de la trompe d'Eustache du côté droit. Elle a l'aspect d'une môle hydatique. Dans son intérieur on trouve du liquide, des noyaux cartilagineux, des fragments osseux et vingt-deux dents.

Observation XIX. — (Wegelin, 1861.)

Bericht über die Thätigkeit der St-Gallischen naturwissenschaftlichen Gesellschaft, 1860-61, p. 68.

Une secundipare, qui avait eu précédemment un enfant bien conformé, accoucha, au sixième mois de la grossesse, d'un garçon, en présentation des pieds.

Une tumeur charnue, lobulée, pendait de la bouche de celui-ci; elle s'insérait par un large pédicule à la voûte palatine du fœtus. La bouche était grande ouverte.

La tumeur avait 8 centimètres de long, 10 centimètres de largeur, 6 centimètres d'épaisseur et 22 centimètres de circonférence. Elle présentait un appendice long de 7,5 centimètres, recouvert de peau normale, et offrant à son extrémité un pied muni de cinq orteils.

On reconnaît nettement, sur le fœtus bien conformé, la lèvre inférieure amincie, le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur, la langue, la paroi postérieure du pharynx.

Par contre, le voile du palais manque complètement, et à la place des pharyngo-staphylins, on ne trouve que deux petits plis de la muqueuse. (Voy. pl. IV, Fig. 10.)

La tumeur sort d'un trou qui commence à la selle turcique et qui se prolonge en avant jusqu'à l'apophyse Crista-galli (les parties antérieure et moyenne du sphénoïde et l'ethmoïde manquent complètement); quatre kystes, qui se trouvent sur le plancher de la cavité crânienne, se joignent à la tumeur.

Le cerveau est normal.

Une artère fournissant aux kystes, peut être suivie jusque dans la profondeur de la tumeur.

Les nerfs crâniens sont normaux; l'olfactif seul fait défaut.

Le vomer et les palatins manquent. Le maxillaire supérieur est tassé sur lui-même. Dans la tumeur on trouve : des vestiges évidents d'un sacrum, un cristallin, une choroïde, de la masse cérébrale; plus loin, un morceau d'intestin.

La nutrition de la tumeur est due aux artères du cerveau.

(A suivre.)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

RÉTENTION DU FŒTUS MORT DANS L'UTÉRUS (1).

Par le Dr Herrgott,
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Nombreux et connus depuis longtemps sont les cas de rétention du fœtus mort dans l'organisme de la mère après la grossesse extra-utérine, et dans la matrice dans la grossesse normale. Après avoir donné des signes de vie, constatés parfaitement par la mère et l'accoucheur, le fœtus n'a souvent été expulsé qu'au terme de la grossesse ; quelquefois, dans une grossesse gémellaire, c'est un des deux jumeaux qui succombe pendant que l'autre continue à se développer ; les deux sont expulsés au terme de la grossesse, l'un très-bien développé, l'autre à l'état d'avorton, mais n'ayant subi, malgré le terme éloigné de la mort, aucune modification qui puisse être appelée du nom de putréfaction.

Ces derniers cas ont fortifié, on le sait, l'idée de ceux qui croyaient à la possibilité de la superfétation.

L'expulsion de ces fœtus morts avant la naissance a été spécialement étudiée par Hohl, dans son livre classique et si riche en faits (*Die Geburten missgestalter, kranker und todter Kinder*, 1850, p. 315 et suiv.).

Ceux qui voudront étudier cette question au point de vue obstétrical trouveront là les indications les plus précieuses et les plus sûres.

Beaucoup moins nombreux sont les cas de rétention du fœtus mort dans la matrice *au delà du terme normal de la grossesse*, et surtout longtemps après l'ouverture de la poche des eaux, qui donnant accès à l'air dans la cavité de l'œuf, permet sa putréfaction.

Deux cas de ce genre viennent d'être signalés dans la littérature étrangère, qui me paraissent mériter d'être connus en France.

(1) Extrait de la *Revue médicale de l'Est*, 1er mai 1875.

Le premier se trouve dans le tome III, livr. I, p. 47, des *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynæcologie*, et a pour auteur le Dr *C. Liebman*, de Trieste. Nous n'empruntons à ce travail que le fait qui a motivé son étude sur ce sujet.

La femme J..., âgée de 25 ans, très-corpulente, presque obèse, accoucha huit fois, la dernière fois au printemps de 1867. Les accouchements se firent par présentation céphalique, les enfants étaient très-développés, le diamètre des épaules très-fort, si bien, qu'après la sortie de la tête, l'enfant fut arrêté par cette partie du corps. Trois enfants succombèrent dans cette partie du travail. Pendant les deux dernières grossesses, je pus observer la femme; elle avait un ventre très-pendant. Lors du premier accouchement, je fus obligé de faire de fortes tractions sur la tête et sur l'aisselle avec le doigt plié en crochet pour avoir l'enfant vivant. Elle tomba malade, quarante-huit heures après l'accouchement, d'une méningite cérébro-spinale qui régnait alors, et fut traitée par l'application de nombreuses sangsues (par son médecin); elle guérit. Depuis ce temps il resta à la malade une difficulté d'articuler distinctement quelques consonnes. En janvier 1872, elle avorta, sans cause connue, au deuxième mois de sa grossesse. Dans ces dernières années, la patiente souffrit beaucoup d'un eczéma très-rebelle et subaigu, dans la région hypogastrique et vulvaire. A la suite de nombreuses émissions sanguines, d'un régime vicieux qui avait favorisé cette obésité, la patiente eut à souffrir de diverses incommodités; elle se plaignait d'avoir la respiration courte, le pouls était toujours petit, fréquent, souvent irrégulier: un régime tonique, les ferrugineux firent presque totalement disparaître ces phénomènes.

Les règles parurent pour la dernière fois le 12 avril 1872, cependant elle ne put devenir enceinte avant la fin d'avril ou au commencement de mai. Au milieu du mois d'août, elle sentit les mouvements de l'enfant. Lorsque je revis la malade au commencement de septembre, elle avait beaucoup à souffrir de l'eczéma dont il a été parlé plus haut. Je crus pouvoir constater alors une grossesse de quatre mois environ. L'épaisseur du panicule graisseux des parois abdominales flasques rendait impossible une double exploration ; l'examen par la percussion resta aussi sans résultat; on constatait dans le bas-ventre une tumeur utérine dont le développement concordait avec la période de la grossesse constatée. Le vagin et la portion vaginale du col étaient tuméfiés, on ne mentionna point de symptômes subjectifs rattachés à la grossesse.

Après une friction de la peau atteinte d'eczéma, avec du savon à la potasse, qui causa de violentes douleurs (et qui diminuèrent l'inten-

sité de l'éruption cutanée), les mouvements de l'enfant cessèrent tout à coup.

Dans une exploration faite quelques jours après la cessation des mouvements, la matrice parut plus volumineuse que le mois précédent; du reste point de changement. La patiente se trouva très-bien pendant plusieurs semaines, mangeait avec appétit et n'éprouva aucun de ces phénomènes qui dans les livres sont indiqués comme caractérisant la mort de l'enfant; la circonférence de l'abdomen sembla diminuer plutôt qu'augmenter. Au milieu de novembre, la patiente éprouva pendant quelques heures des douleurs semblables aux contractions utérines, mais il n'y eut, par les parties génitales, aucun écoulement.

Je ne constatai aucune modification, seulement je pus reconnaître encore une fois que l'utérus était tuméfié. La résistance dans le cul-de-sac antérieur et postérieur me parut augmentée, c'est-à-dire que la tuméfaction utérine était plus appréciable.

Dans le milieu du mois de janvier 1873 (9 mois après la dernière menstruation, 3 mois et demi après la cessation des mouvements du fœtus), je soumis la patiente à un nouvel examen : je trouvai que la tuméfaction du vagin et du col avait beaucoup diminué. Toute la portion vaginale parut plus résistante et plus mince, l'orifice externe ouvert à admettre le bout de l'indicateur dans une profondeur de 0m,5. Me rappelant les observations de Holst (1), qui démontrent que les manifestations de la grossesse peuvent, après la mort du fœtus, subir une marche régressive, je ne me laissai pas induire en erreur et restai ferme sur le diagnostic d'une grossesse.

Dans la nuit du 11 au 12 février, la patiente fut éveillée subitement par l'écoulement, par les parties génitales, d'un liquide rouge-brun abondant (de 4 à 6 onces). Appelé quelques heures après, je constatai cet écoulement qui ne se faisait plus que goutte à goutte.

Toute la matrice s'était rapetissée sensiblement, mais dans la portion vaginale de l'utérus je ne remarquai aucun changement. Je déclarai que les eaux s'étaient écoulées et que l'accouchement était proche. Dans le courant du jour suivant se montrèrent quelques légères douleurs qui cessèrent bientôt.

L'écoulement diminua de plus en plus et cessa complètement au bout de huit à dix jours.

La patiente se trouvait très-bien, faisait chaque jour sa promenade et prétendit que cet écoulement n'avait pu avoir été que la menstruation. Sous l'influence de cette idée, elle compta sur le retour de ce phénomène, lorsque, le 5 avril au matin (à peu près un an après

(1) *Beitr. zur Gynæcologie*, Tubingen, 1865, 1, Heft., p. 192.

sa dernière menstruation, six mois après la cessation des mouvements de l'enfant), elle éprouva des douleurs ressemblant à des contractions. Comme elles ne diminuèrent pas, mais prirent une intensité de plus en plus grande, elle ne quitta pas le lit.

Il ne s'écoula pas une goutte de liquide par les parties génitales, les contractions devinrent plus énergiques, la patiente éprouva du ténesme, et quand je la vis, à six heures du soir, je trouvai des os du fœtus poussés l'un sur l'autre, déjà à la vulve: lors de l'exploration, il fut facile d'extraire le fœtus. Le placenta se trouvait dans la portion cervicale de l'utérus, et il fut extrait aussitôt avec deux doigts.

Un examen attentif du linge de la patiente et de celui de son lit permit d'apercevoir à peine çà et là quelques traces de sérosité roussâtre.

Le vagin et le canal cervical de la matrice étaient secs.

Après l'expulsion du fœtus, la patiente se trouva fort bien: elle n'eut ni tranchées, ni écoulement lochial; seulement quarante-huit heures après parut un écoulement sanguin assez abondant, comme après un avortement. Dix jours après, l'utérus était revenu sur lui-même.

Le fœtus avait un aspect momifié, comme s'il avait séjourné pendant longtemps dans l'esprit-de-vin; il était du sexe masculin et était long de 27 centimètres (1). La couleur de la peau était d'un rouge pâle, les bouts des doigts et des orteils, l'abdomen à l'entour de l'insertion ombilicale, étaient d'un rouge de rouille. Presque partout le duvet était visible. La peau du crâne paraissait un peu verdâtre, garnie de petits cheveux et couverte du vernis caséeux. La forme de la tête était rhomboïdale. Les os du crâne glissaient l'un sur l'autre, le pariétal droit sur le pariétal gauche, et là, la peau était déchirée, le nez et toute la face étaient aplatis, les orbites en forme de fente étaient vides, la poitrine et l'abdomen irrégulièrement aplatis; les téguments ne renfermaient presque pas de graisse; les muscles ratatinés au minimum, les doigts fléchis à la première phalange et aplatis avec toute la main; à la main gauche, les doigts ne sont pas dirigés vers la paume de la main, mais vers le cubitus; à la main droite, vers le radius.

Le cordon a une longueur de 45 centimètres, les spirales sont à peine indiquées, il a l'apparence d'un ruban rouge de 3 centimètres de largeur, solide, et s'insère en s'éparpillant aux membranes; à une distance de 3 centimètres, il est tellement ratatiné que les sections transversales et longitudinales ont le même aspect et ne laissent pas apercevoir les vaisseaux qui y sont contenus.

---

(1) Dimension d'un fœtus au cinquième mois.

Le placenta en raquette a un diamètre de 7 centimètres, a au milieu une épaisseur de 15^{mm}, et s'amincit vers les bords qui sont très-minces et en connexion avec les membranes; il est très-dur, d'un blanc jaunâtre et partout en dégénérescence graisseuse. Sa structure est à peine reconnaissable à cause du ratatinement; on ne peut arriver par places à d'anciens épanchements de sang, ni reconnaître des restes de caduque.

La déchirure des membranes a lieu très-près du placenta, la partie opposée forme une poche.

Les membranes se laissent séparer partout.

Le chorion, plus épais par places, plus mince dans d'autres, est couvert de villosités, à peine indiquées et nulle part puissantes, transformées par la dégénérescence graisseuse.

Si maintenant nous récapitulons dans cette observation ce qu'il est important d'en faire ressortir, nous trouvons une grossesse qui s'étend normalement jusqu'au cinquième mois; qu'à cette époque, à la suite d'un traitement rude, la mort du fœtus arrive; que jusqu'après le neuvième mois il n'y a aucun travail; qu'au milieu du dixième mois, il y a rupture de la poche, écoulement des eaux, un commencement de travail bientôt arrêté et qui n'est repris que deux mois après, dans le courant du douzième mois, et terminé par l'expulsion facile d'un enfant du cinquième mois de la vie intra-utérine, macéré, mais non putréfié.

Si on se demande comment il a pu se faire que le fœtus se soit conservé, sans putréfaction, dans l'œuf ouvert depuis 2 mois, on peut répondre qu'il est probable que l'ouverture des membranes a été petite, qu'après l'écoulement des eaux, l'organe revenu sur lui-même n'a pas permis l'introduction de l'air, et que de cette manière l'enfant et la mère ont été préservés, le premier de la putréfaction, la seconde de l'infection putride.

Tout autre et bien plus intéressant est le cas suivant que nous trouvons dans le n° 45 (7 nov. 1874) de la *Wiener mediz. Wochenschrift*, relaté par le Dr Alex. Solovieff, à Kazan (Russie).

Rétention d'un fœtus mort (depuis 6 ans et putréfié) *dans la cavité utérine.*

Le 24 avril 1874, vint me consulter une paysanne de 33 ans, du village de Potschinok (éloigné de Kazan de 25 vestes), pour un écoulement fétide par les parties génitales. Elle dit en même temps qu'elle portait depuis 6 ans un enfant mort.

Les anamnestiques incomplets, à cause du peu d'intelligence de la patiente, nous apprennent toutefois ce qui suit :

Elle est menstruée depuis l'âge de 16 ans, régulièrement toutes les 3 semaines pendant 5 jours. Elle se maria à 17 ans, devint enceinte peu après èt en 10 ans elle eut 7 enfants; comme elle devenait enceinte chaque fois pendant qu'elle allaitait, elle n'eut pas une seule fois ses règles depuis. Elle accoucha pour la dernière fois, il y a 7 ans, d'un enfant qui ne vécut que pendant 25 semaines. Peu après, elle pensa être encore devenue enceinte, et il y a eu 6 ans ce printemps que commença le travail de l'accouchement, mais ne se termina pas.

Comme elle avait senti les mouvements de l'enfant pendant 13 ou 14 semaines, elle pensa que l'accouchement avait commencé environ 6 à 7 semaines avant terme, puisqu'elle s'était fait mal en portant de lourds sacs de farine et que peu après elle avait éprouvé une perte de sang. Elle eut aussi des frissons alternant avec des chaleurs, des douleurs revenant régulièrement, elle perdit alors une petite quantité d'eau.

De l'avis d'une sage-femme de village, inexpérimentée, l'enfant se serait présenté dans une situation transversale, et par ce motif on lui avait appliqué deux fois le *pot* sur le ventre (1). La première fois elle endura cette manipulation, mais la seconde fois elle eut une faiblesse et il se produisit une contracture de la jambe droite qui dura 10 semaines. Après l'application du pot, les mouvements de l'enfant cessèrent; après 4 jours de tourments, le placenta sortit et le cordon fut coupé par une paysanne.

Le travail cessa et elle éprouva de violentes douleurs dans le ventre, une rétention d'urine et de la constipation qui fut combattue avec succès moyennant de l'aloès. Une sage-femme instruite (?), de Kazan, déclara que la matrice s'était refermée, qu'il était impossible d'extraire l'enfant et qu'on devait attendre son expulsion spontanée !

Dans le courant des deux semaines suivantes, la partie du cordon qui se trouvait hors de la matrice tomba par morceaux, et à dater du cinquième jour, elle eut un écoulement fétide par les parties génitales, que le mari de la femme dépeignait si horribles que les voisines évitèrent autant que possible d'entrer dans la maison.

Pendant les dix premières semaines, la femme resta couchée à cause de cet écoulement, et surtout à cause de l'impossibilité de

---

(1) L'application d'un pot sur le ventre est une pratique très-répandue dans nos contrées. Cette manipulation se pratique de la manière suivante : Dans un pot en grès, long de la capacité de 2 litres et demi à 3 litres, semblable à ceux dont on se sert pour conserver le lait, on jette un peu d'étoupe enflammée, puis on l'applique sur le ventre comme un verre à ventouse. J'ai vu souvent des femmes du peuple qui, à la suite de cette manipulation, avaient conservé de grosses cicatrices de brûlures sur les téguments de l'abdomen.

mouvoir la jambe droite. Peu après, la femme commença à marcher sans que les douleurs du ventre en fussent augmentées sensiblement. Après un an, elle eut un violent frisson et pendant six semaines la tuméfaction du ventre devint de plus en plus considérable. L'huile de ricin fit disparaître ces accidents, mais l'écoulement fétide persista.

A la fin de la deuxième année, la menstruation se montra, eut lieu chaque mois et dura chaque fois quatre jours. La patiente regarda comme signe de menstruation véritable : la régularité du retour de cet écoulement, la quantité de sang évacué chaque fois et sa couleur rouge qui se distinguait nettement du liquide habituellement excrété.

Dans les dernières années, la patiente ressentit une douleur mordicante constante dans le bas-ventre et une tension vers le bas, cette sensation augmentait de temps en temps et était accompagnée de malaises, chaleurs, vertiges, etc.

La malade n'a jamais remarqué de sortie de fragments d'os.

A dater de la seconde moitié de la deuxième année, eut lieu le coït, pendant lequel le mari se blessa souvent au pénis, ce qui le fit saigner abondamment.

Il y a trois ans, la patiente se présenta à la clinique d'ici, mais se refusa à toute opération qui aurait pour but d'enlever des os. Ce cas intéressant doit avoir été recueilli dans cet établissement.

L'exploration révéla les choses suivantes : femme d'une taille moyenne, de corpulence ordinaire, d'un embonpoint modéré, peau flétrie, muqueuses visibles de coloration ordinaire, rien d'anormal révélé par la percussion et l'auscultation du thorax.

La couleur de la peau du bas-ventre est normale, celui-ci n'est pas tuméfié; nombreuses vergetures. Par la palpation on trouve à trois travers de doigt au-dessus du pubis une tumeur solide et lisse qu'une exploration ultérieure démontra être la matrice.

La muqueuse vaginale est tuméfiée, la voûte vaginale vide, le segment inférieur agrandi et tuméfié, l'orifice externe ouvert de trois quarts de pouce; à travers cet orifice fait saillie un os à bord tranchant, immobile, qui fait une entaille dans le canal cervical. Après avoir obtenu l'assentiment de la femme à l'extraction de cet os, j'introduisis un spéculum de Neugebauer et enlevai l'os avec une pince; c'était un des pariétaux de la tête fœtale; il avait couvert l'orifice de la matrice, si bien qu'après son enlèvement d'autres os furent visibles dans le canal cervical. Sans vouloir donner ici tous les détails de cette opération, je dirai que dans l'espace de cinq quarts d'heure je pus extraire 72 os, parmi lesquels les os longs des extrémités étaient dans l'état de conservation le plus parfait (1).

(1) J'en fis la démonstration dans la séance du 9 mai 1874 de la Société de médecine de Kazan.

Plusieurs d'entre eux furent extraits avec le doigt que j'introduisis plusieurs fois dans la cavité utérine pour changer la situation des os qui se présentaient de travers. Parmi les os extraits se trouvèrent des arcs vertébraux avec leurs apophyses articulaires et des fragments d'os brisés dont le contact rappelait celui du sable.

Après cette opération, qui se fit sans douleur et sans écoulement de sang notable, on ne trouva plus aucun corps étranger dans la cavité utérine.

Pendant les 3 jours suivants, on fit des injections vaginales avec une légère dissolution d'acide phénique; la douleur du bas-ventre et le ténesme cessèrent; le fond de l'utérus était encore sensible au-dessus du pubis, mais la cavité utérine était sensiblement diminuée.

Le quatrième jour, la patiente retourna chez elle. Deux jours après se manifestèrent quelques symptômes de catarrhe stomacal causé par un écart de régime qui disparut sous l'influence d'un traitement convenable.

Pour terminer, je crois, pour éclaircir ce cas, devoir faire les observations suivantes : le placenta fut expulsé avant le fœtus à cause de la présentation oblique de celui-ci; les contractions furent impuissantes à l'expulser à cause de cette présentation anormale, peut-être aussi à cause de l'application du pot-ventouse!

Nous ne supposions pas à l'utérus gravide une pareille longanimité, une aussi grande tolérance; à l'organisme de la femme une pareille immunité contre l'infection. Que de bactéries, de vibrioniens engendrés dans cette cavité utérine pendant cette longue macération putride! L'enveloppe fœtale n'aura peut-être pas été pour peu comme agent défensif, puis pour que le poison agisse, il faut aussi, du côté de l'organisme vivant, certaines conditions favorables dont on semble faire trop peu de cas en ce moment. Il est inutile de relever la pratique barbare de version par manœuvres externes, qui est heureusement reléguée dans le voisinage de la Sibérie.

NOTE POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES ACCIDENTS QUI PEUVENT RÉSULTER DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT (1).

Par M. Laroyenne.
Chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

I. — *De l'hémorrhagie par rupture d'une des racines du clitoris.*

La pression de la tête du fœtus dans son passage à travers l'anneau vulvaire peut déterminer en avant sur la vessie et l'urèthre, en arrière sur le périnée et l'orifice anal, de la cystite, une déchirure du périnée, une fissure, etc. Mais il est d'autres lésions plus rares que les précédentes et produites par un mécanisme analogue. L'une d'elles, passée sous silence dans nos traités d'obstétrique, est mentionnée brièvement dans celui de Joulin. On a quelquefois, dit-il, noté la contusion et même la rupture d'une des racines du clitoris. Ce sont précisément les conséquences de cette rupture dont il ne parle pas et faciles à pressentir qu'il me semble utile de rappeler. Scanzoni n'a garde d'omettre que les hémorrhagies de la vulve siégent de préférence à sa partie supérieure, et que souvent elles sont rebelles à l'action des hémostatiques les plus énergiques. Mais la véritable cause de l'accident qu'il constate lui échappe, et il paraît l'attribuer uniquement à la dilatation des vaisseaux de la région. Il n'en est pas de même d'autres observateurs, cités par Schrœder, professeur à Erlangen, dans la quatrième édition de son livre, dont la traduction nous a été communiquée par M. de Choudans, un de nos internes.

D'après cet auteur, Kloproth, Winkel, Poppel, P. Muller et lui-même ont constaté ces déchirures du tissu caverneux avec plusieurs cas d'anémie mortelle qui en furent la conséquence. Cette triste perspective vaut bien la peine qu'on s'occupe chez nous de cette lésion. Je l'ai observée six fois, toujours sur des primipares et toujours d'un seul côté, dans deux accouchements terminés naturellement, dans trois à l'aide du forceps, et une fois avec le céphalotribe. Elle est sui-

(1) Extrait du *Lyon médical*, 25 avril 1875.

vie d'une perte de sang qui n'a aucune tendance à s'arrêter spontanément. La contexture érectile du tissu lésé dans une étendue variable explique suffisamment cette particularité qui est le principal objectif de ma communication.

Lorsqu'on est prévenu de la possibilité de cet accident, on peut le voir se produire sous ses yeux s'il s'agit d'un travail qui nécessite une intervention instrumentale, ou dont la lenteur vous contraint à surveiller de près les derniers temps d'évolution. A ce moment, la circulation rétrograde est entravée par la compression du fœtus sur les vaisseaux de retour et les corps caverneux tuméfiés sont pressés contre l'arcade pubienne. Bientôt l'un d'eux, distendu et entraîné par la tête qui tend à sortir, se rupture avec la muqueuse qui le recouvre sur un point plus ou moins éloigné ou rapproché du clitoris. Si la muqueuse résistait seule, il pourait se produire un hématome sous-muqueux ou un thrombus de la vulve ou du vagin. Mais je néglige cette complication que je n'ai pas observée, pour m'en tenir à l'hémorrhagie consécutive à la déchirure du tissu érectile et de la membrane muqueuse sous-jacente. Cette plaie fournit un écoulement en nappe; quelquefois en écartant les parties on la voit darder des jets artériels très-fins. Toujours est-il qu'il faut être prévenu de cette variété d'hémorrhagie pour qu'on puisse en soupçonner et en découvrir la source, sinon elle sera mise sur le compte de la surface interne de l'utérus ou seulement d'une déchirure de son col, si la rétraction du corps de l'organe est manifeste. On conçoit combien cette erreur peut être préjudiciable à la nouvelle accouchée dont la perte assez abondante et incessante se perpétue indéfiniment, méconnue et mal interprétée. Il est facile de s'en rendre maître à l'aide d'une pince compressive laissée à demeure, ou de la forcipressure, comme on dirait à la Société de chirurgie. Mon collègue M. Fochier s'est contenté, chez une malade, d'appliquer une serre-fine, moyen dont se loue beaucoup Scanzoni. Je l'enlevai douze heures après son application, sans que le sang ait réapparu. Ainsi, en cette circonstance le diagnostic est le point important, tant sont faciles à remplir les indications pressantes du traitement.

J'ai perdu, à une époque où l'état sanitaire de la maternité laissait à désirer, une des six accouchées dont je viens de parler. Il ne m'a pas été possible de savoir si la péritonite généralisée, constatée à l'autopsie, était ou non sous la dépendance de la plaie intéressant un tissu si disposé à devenir le point de départ d'accidents septicémiques. Il importe donc non-seulement de connaître cette source d'hémorrhagie pour la combattre efficacement, mais aussi pour prévenir la lésion qui en est l'origine. Elle résulte surtout, ai-je dit, de la résistance de l'anneau vulvaire, conséquemment les deux petites incisions latérales de P. Dubois, dont le but, en agrandissant cet orifice, est de ménager la commissure périnéale, auront pour effet de prévenir la déchirure de la commissure pubienne si on a des motifs de l'appréhender. Ces incisions, portant sur des tissus relativement peu vasculaires, exposeront moins à une effusion de sang abondante, et moins aussi à des accidents infectieux.

II. — *De la dyssenterie ou rectite puerpérale.*

Une autre lésion possible de la parturition siége dans l'extrémité inférieure du tube digestif, qui distendu par les fèces est soumis à la fin de la grossesse et surtout pendant le travail à la compression prolongée de la tête du fœtus. Le séjour de ces matières et cette compression déterminent parfois, deux ou trois jours après la délivrance, tous les symptômes d'une dyssenterie passagère, ce sont des épreintes avec envies fréquentes d'aller à la garde-robe; expulsion d'abord de matières enrobées de mucosités et ensuite de glaires sanguinolentes se renouvelant incessamment. Cette complication relativement peu fréquente, même sur les primipares, se distingue pourtant de la vraie dyssenterie par certains caractères. Ainsi, on l'observe à l'état sporadique et en toute saison; elle existe en ville comme à l'hôpital, plus souvent chez les accouchées de l'hôpital, probablement à cause du peu de soin qu'elles apportent à combattre leur constipation habituelle. Elle cède, après vingt-quatre heures ou quarante-huit heures, à l'administration d'un ou deux purgatifs salins associés ou non aux préparations opia-

cées. Cette affection ne présente donc aucune gravité, et je la décris simplement pour qu'un interrogatoire insuffisant ne la fasse pas confondre, soit avec la dyssenterie classique, soit avec les accidents de la fissure anale, soit encore avec la diarrhée symptomatique de la péritonite puerpérale. Cette diarrhée, qui est précédée de douleurs abdominales spéciales, est toujours d'une certaine abondance. De plus elle peut être involontaire, à cause de l'état général de la malade ou de la dilatation sphinctérienne qui s'est produite à la fin du travail par l'extention du plancher du bassin. Et particularité relative à la fissure compliquée ou non d'hémorrhoïdes, essentielle à noter, la dilatation anale, cause efficiente de cette lésion, s'oppose chez les accouchées, pendant une ou plusieurs semaines, à ce qu'elle s'accompagne de son cortége de souffrances caractéristiques. Cette immunité persiste jusqu'à ce que les sphinctors ait recouvré leur tonicité et leur contractilité normales qui sont les agents actifs de l'apparition des crises douloureuses. Certaines fissures peuvent même passer complètement inaperçues grâce à la rapidité de leur cicatrisation qui s'est complétée avant que les anneaux constricteurs aient recouvré leur contractilité. Il se produit dans ces conditions un phénomène bien rare en pathologie. Alors, en effet, l'étiologie et la thérapeutique de la fissure se confondent, toutes deux procédant de la distension de l'orifice anal, laquelle est tout à la fois l'acte morbide et l'acte curateur. Ainsi, lorsqu'on est prévenu, on ne peut commettre de méprise relativement à l'appréciation de ces divers troubles de l'exonération d'un caractère et d'un pronostic si différents.

Dans ces dernières années, des anatomo-pathologistes ont assigné comme cause des ulcérations de la dyssenterie le séjour des matières intestinales modifiées, notamment par la sécrétion biliaire altérée, sur les points où elles subissent un temps d'arrêt. C'est au niveau des coudes du gros intestin, au niveau des plis qui se trouvent sur ses bandes musculaires circulaires que ces ulcérations, d'après Virchow et Dickinson, se montreraient de préférence. Sans prendre parti pour cette étiologie exclusive, chacun sait qu'une constipation opiniâtre peut déterminer et détermine, par intervalle, les selles et les douleurs

atténuées de cette affection. Et lorsqu'on étudie les maladies utérines qui s'accompagnent de cet accident, on se convainc bien vite qu'il est du moins aussi souvent le résultat de la rétention des matières que de la propagation inflammatoire de l'utérus au rectum, invoquée un peu partout. Il vient compliquer surtout les rétroversions, les rétroflexions, les hypertrophies physiologiques et pathologiques de cet organe, en un mot tous les états qui créent un obstacle au fonctionnement régulier de l'intestin.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, et pour rentrer plus directement dans mon sujet, je dirai que la compression de la tête du fœtus pendant le travail, s'exerçant sur la muqueuse rectale, qui peut être déjà à ce moment affectée d'un certain degré d'irritation catarrhale déterminée par la constipation, est quelquefois suivie des symptômes d'une dyssenterie ou, si l'on veut, d'une rectite de courte durée. Du reste, l'examen cadavérique des accouchées, quelle qu'ait été la cause de la mort, m'a démontré que la muqueuse rectale peut être épaissie, ecchymotique et tapissée d'abondantes mucosités. Bien plus, j'y ai constaté quelquefois des ulcérations étendues situées notamment sur ses plis transversaux. Ces lésions sont les causes anatomiques des troubles fonctionnels dont je me suis efforcé dans cette note d'établir à la fois l'existence et la pathogénie.

REVUE CLINIQUE

KYSTE DERMOIDE DE L'OVAIRE

OVARIOTOMIE. — GUÉRISON.

Par M. F. Terrier.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Madame Catherine M..., âgée de 38 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire qui puisse aider au diagnostic ou au pronostic de l'affection pour laquelle elle est entrée à l'*Hôpital Temporaire*. Cette femme a fait une couche il y a quinze ans, et depuis ses règles ont été normales.

Il y a dix mois, la malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur qui faisait saillie dans la fosse iliaque droite, près de l'arcade crurale; à cette époque, la tumeur roulait sous le doigt et pouvait facilement se déplacer par la pression. L'apparition de cette tumeur fut accompagnée de douleurs vives, qui cessèrent au bout de quelques jours et ne reparurent plus que quatre mois après.

C'est en avril 1874, que les phénomènes douloureux se manifestèrent encore, non plus d'une façon continue, mais toutes les fois que la malade fatiguait plus que de coutume, soit en marchant, soit en portant des fardeaux. De plus, le ventre de la malade augmenta de volume. La tumeur s'accrut notablement et devint très-douloureuse, si bien que, pour éviter des souffrances toujours vives et s'irradiant du côté des reins, la malade était obligée de maintenir son ventre en marchant.

Les règles régulières, mais souvent pénibles, provoquaient des exacerbations douloureuses du côté de la tumeur abdominale. En résumé, depuis le mois d'avril, la malade n'a pu ni travailler ni même faire un trajet à pied un peu long, à cause des vives douleurs que toute fatigue déterminait. Malgré ce repos forcé, les phénomènes douloureux paraissaient s'exaspérer tous les deux ou trois jours, produisant alors du météorisme, sans fièvre, sans vomissements, sans constipation trop opiniâtre.

La malade, après avoir subi un certain nombre de traitements parfaitement inefficaces, se décida à entrer, le 22 septembre 1874, à l'*Hôpital Temporaire*, dans le service du Dr Lépine.

Ce fut quelques jours après son entrée que mon collègue des hôpitaux eut la bonté de me prier de venir examiner cette femme.

L'aspect de la malade est très-satisfaisant; c'est une femme vigoureusement constituée, jouissant d'une assez bonne santé, et se plaignant seulement des douleurs violentes qu'elle ressent à la moindre fatigue, depuis près de six mois.

Le ventre de la malade offre un volume anormal, et, à la simple vue, il est facile de reconnaître la présence d'une tumeur, située au-dessous de l'ombilic, occupant la fosse iliaque droite, l'hypogastre et une partie de la fosse iliaque gauche. La palpation du ventre permet de préciser un peu mieux les limites de la tumeur, qui paraît plonger à droite dans l'excavation pelvienne et qui, en haut, remonte au-dessus de l'ombilic dans l'étendue de deux travers de doigt.

Sur une ligne verticale, tirée du pubis à l'appendice xyphoïde, la tumeur mesure 25 centimètres 1/2; transversalement, sur une ligne tirée d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre, elle atteint une largeur de 36 centimètres. Ce sont là les deux diamètres les plus étendus.

A la palpation la tumeur est rénitente, non fluctuante, un peu élas-

tique et légèrement dépressible. On peut la déplacer en la prenant à pleines mains, mais seulement dans le sens transversal, encore cette mobilité est-elle très-limitée. Cette tumeur rend un son absolument mat à la percussion; cette matité est entièrement séparée par des parties sonores du foie, d'ailleurs très-petit.

Les téguments de l'abdomen, légèrement distendus à droite, offrent leur aspect normal; les parois abdominales, assez résistantes, semblent mobiles sur la partie latérale gauche de la tumeur; à droite, on peut craindre des adhérences. Il n'existe nulle part de frottement péritonéal. Par le toucher vaginal, on constate la mobilité de l'utérus, qui, peu volumineux, est repoussé à gauche; le col est entr'ouvert, sa lèvre antérieure légèrement indurée. Dans le cul-de-sac latéral droit, le doigt arrive jusqu'à la tumeur, surtout lorsqu'une main appliquée sur l'abdomen tend à refouler la masse morbide vers le bassin. Par cette même manœuvre, on ne perçoit pas l'ombre de fluctuation, mais bien une sensation de mollesse et de rénitence légère. Les autres culs-de-sac sont entièrement libres. Le toucher rectal permet de constater encore la mobilité de l'utérus et son indépendance de la masse mobide, qui ne fait nulle saillie du côté de l'intestin.

Une sonde introduite dans la vessie est déviée à gauche (l'extrémité à droite), ce qui permet de constater que la vessie et peut-être l'urèthre, sont refoulés à droite par la tumeur. Pas d'œdème des parois abdominales ni des membres inférieurs, nulle dilatation variqueuse des veines sous-cutanées abdominales; pas d'ascite. Les symptômes fonctionnels déterminés par la tumeur sont peu marqués, sauf les douleurs violentes et survenant par accès, douleurs déjà mentionnées. Les digestions sont assez bonnes; la constipation peu marquée; l'expulsion des urines n'est ni difficile, ni plus fréquente que normalement.

En présence de ces symptômes, nous crûmes tout d'abord à une tumeur solide, soit de l'ovaire, soit du ligament large, probablement à un fibrôme, peut-être un sarcôme.

Suivant notre habitude, nous conseillâmes une ponction exploratrice. Celle-ci fut faite par M. le Dr Lépine, et il obtint une certaine quantité de liquide épais, grisâtre et grumeleux. Ce liquide ne fut pas examiné au microscope, aussi quelques jours après (2 octobre), nous répétâmes la même opération; celle-ci nous donna un liquide épais, grumeleux, d'un blanc grisâtre; enfin en retirant l'aiguille n° 2 de Dieulafoy, nous trouvâmes un poil encore engagé dans le chas de l'aiguille; d'autres poils furent aussi découverts dans le liquide extrait par l'aspirateur.

Examiné au microscope, ce liquide renfermait; des cellules épithéliales plus ou moins altérées et des globules graisseux. Nous avions évidemment affaire à un kyste dermoïde de l'ovaire ou du ligament large.

Restait, comme toujours, à déterminer les adhérences possibles de cette tumeur avec les organes voisins.

L'absence de troubles locaux et généraux pouvant être rattachés à une inflammation quelconque du péritoine nous firent penser, à juste titre, qu'il n'y avait pas d'adhérences intestinales.

Mais les rapports immédiats de la tumeur avec la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite, le prolongement que la masse morbide envoyait du côté du bassin et qu'on sentait par le toucher vaginal dans le cul-de-sac latéral droit, enfin l'absence de toute mobilité dans le sens vertical nous firent craindre des adhérences pelviennes et avec la paroi abdominale à droite.

L'utérus était libre et mobile; quant à la vessie, comprimée par la masse morbide, elle pouvait aussi lui adhérer dans une certaine étendue.

Nous verrons que ces craintes étaient fausses, et que la nature même du contenu du kyste peut expliquer, jusqu'à un certain point, notre erreur de diagnostic.

14 octobre. La malade eût ses règles, sans souffrir plus que normalement. Sous l'influence du repos au lit, ses forces augmentaient et elle prenait de l'embonpoint.

9 novembre. Nouvelles règles, précédées de douleurs abdominales assez intenses. L'opération fut décidée pour le 18.

J'examinai une dernière fois la malade, et constatai :

1° Une augmentation notable du volume de la tumeur;

2° Une mobilité plus grande, ce qui tenait à ce que la masse morbide, contenue d'abord en partie dans l'excavation, avait franchi le détroit supérieur et s'était logée dans l'abdomen. Il s'était passé là quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour l'utérus gravide. Toutefois je conservai des craintes au point de vue des adhérences pelviennes et vésicales.

Opération. — 18 novembre 1874. Je fus aidé par MM. les Drs S. Duplay, J. Lucas-Championnière, Thevenot et Terrillon; MM. L. Robin et Dreyfous, internes du service.

La malade fut placée sur le lit d'opération de M. Guéride, lit qui permet d'opérer assis et de reporter facilement la patiente dans son lit. Le chloroforme fut donné par le Dr Terrillon. L'incision faite à la paroi abdominale et sur la ligne médiane commence à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic et s'arrête à 2 centimètres de la symphyse pubienne ; les couches superficielles sont peu vasculaires, les couches profondes donnant plus de sang, nécessitent l'application de nombreuses pinces hémostatiques.

Le péritoine est ouvert presque sans qu'on s'en doute, en raison des adhérences celluleuses existant entre la paroi du kyste et la paroi abdominale, mais seulement sur la ligne médiane. En bas de l'incision,

on divise une couche cellulo-graisseuse, assez vasculaire, ce sont probablement les vestiges de l'ouraque ; cette section nécessite l'application de nouvelles pinces hémostatiques.

La paroi du kyste mise à nu, les lèvres de la plaie abdominale, bien protégées par des serviettes chaudes ; le kyste est ponctionné avec un trocart muni de son tube conducteur en caoutchouc. Il s'écoule peu de liquide et la canule est bouchée bientôt par la masse demi-solide que renferme la tumeur ; de plus, une certaine quantité de liquide d'aspect séro-purulent, s'échappe par l'ouverture du trocart, entre celui-ci et la solution de continuité faite à la paroi kystique. Il y eut un moment d'hésitation, lorsque j'eus l'idée de me servir du tube de caoutchouc adapté au trocart pour faire une véritable aspiration du contenu kystique. A cet effet, je pressai le tube de caoutchouc entre deux doigts et les promenai de haut en bas de façon à chasser la matière grasse déjà engagée dans le tube, et à y attirer celle qui restait contenue dans le kyste. Grâce à cette manœuvre répétée un certain nombre de fois, j'arrivai à vider suffisamment le kyste, pour pouvoir y appliquer deux pinces fixatrices et l'attirer au dehors. Le trocart retiré, la poche fut ouverte avec des ciseaux et la matière sébacée, mêlé de poils et de liquide, put s'écouler à l'extérieur ; enfin, j'évacuai la plus grande partie de la matière contenue dans le kyste à l'aide d'une cuillère (2 litres et demi environ).

A mesure que le kyste se vidait, il fut saisi par d'autres pinces fixatrices et attiré autant que possible au dehors. Quelques adhérences épiploïques, situées à la partie supérieure de la poche, furent détachées avec le doigt ; des pinces en T furent appliquées sur les artérioles de l'épiploon et celui-ci fut laissé au dehors en haut de la plaie, en ayant soin de le protéger par des serviettes chaudes, incessamment renouvelées sur les bords de la plaie abdominale.

Le kyste fut ainsi amené peu à peu au dehors ; il n'existait pas d'adhérences du côté du bassin.

Le pédicule, située à droite, avait une largeur de deux travers de doigt ; deux tiges métalliques sont passées en croix à travers ce pédicule, et deux anses de fil de fer sont placées au-dessous des tiges et serrées avec le serre-nœud de Cintrat. Le kyste put alors être sectionné au niveau de son pédicule, sans qu'il s'écoulât une goutte de sang.

En serrant la deuxième anse de fil de fer, on prend une certaine quantité de poils du pubis, et cherchant à les enlever, il apparaît un peu de sang, aussi, pour éviter tout accident d'hémorrhagie, nous crûmes devoir placer une troisième anse métallique au-dessous des deux autres.

La toilette du péritoine fut faite avec grand soin ; des caillots furent retirés du cul-de-sac utéro-vésical, les pinces hémostatiques appli-

quées sur la paroi, furent enlevées et on pratiqua la suture profonde avec des fils d'argent. Cette suture fut pénible à cause du recoquevillement des lèvres cutanées de la plaie abdominale. Quatre fils furent ainsi placés, et avant de fermer définitivement l'abdomen, on fit une nouvelle toilette du péritoine. L'épiploon, laissé au dehors, fut compris entre le premier et le deuxième fil d'argent, de plus, il fut serré par une forte ligature de façon à arrêter tout écoulement sanguin. La suture métallique fut complétée par deux larges épingles à tête de verre, placés, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du pédicule, fixé en bas de la plaie ; une épingle ordinaire fut encore placée tout à fait à la partie inférieure de l'incision abdominale. Suture entortillée sur ces épingles.

On plaça du diachylon sous les épingles, pour protéger les téguments, un linge troué enveloppa l'épiploon, enfin une épaisse couche d'ouate, maintenue par une large bande de flanelle, fut appliquée sur l'abdomen. *(A suivre.)*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Étude sur la perforation des parois utérines par l'hystéromètre, par M. le Dr L.-E. Dupuy, ancien interne des hôpitaux de Paris (1). — Comme le toucher et le spéculum, disait Huguier, l'hystérométrie a des inconvénients et peut être suivie d'accidents qui diminueront de jour en jour à mesure qu'elle sera mieux connue et appliquée dans des circonstances opportunes; or, parfois le tissu utérin est tellement ramolli, que la sonde traverse les parois de cet organe et pénètre dans la cavité péritonéale sans éprouver de véritable résistance. Quelles sont les causes qui favorisent le ramollissement du parenchyme utérin? Quelles sont les conséquences de ces perforations? dans quelles circonstances ces accidents se sont-ils produits? tel a été le but que M. Dupuy s'est proposé dans le travail que nous analysons.

L'auteur commence par quelques considérations historiques intéressantes d'où il résulte que c'est Aran le premier qui a établi nettement que, dans certaines conditions particulières de la matrice l'hystéromètre peut perforer facilement les parois utérines, bien que toutefois, en 1856, c'est-à-dire deux ans avant, Mathews Duncan ait décrit trois cas « dans lesquels introduisant la sonde utérine à travers l'orifice externe, et la poussant à une grande profondeur, il s'imagine avoir pénétré dans l'abdomen à travers une des trompes temporairement et pathologiquement dilatée. »

---

(1) Thèse de Paris, 1874.

Cette hypothèse paraît peu admissible, et tout porte à croire qu'il s'agissait plutôt d'une perforation utérine, cependant Bischoff cite un cas où l'autopsie démontra que l'hystéromètre avait été introduit dans la cavité abdominale par l'orifice utérin de la trompe gauche qui était très-dilatée, alors que les parois utérines étaient très-épaisses et ne présentaient aucune lésion.

Les principales conditions qui favorisent la perforation des parois de la matrice sont : la métrite, l'atrophie de l'utérus et la tuberculisation des parois utérines. Le cancer peut également ramollir le parenchyme de cet organe au point de laisser facilement la sonde en perforer les parois. L'auteur en rapporte un exemple qui lui a été communiqué par M. Demarquay ; cet habile chirurgien fut d'abord très-effrayé lorsqu'il constata que le bouton de la sonde buttait contre la paroi abdominale ; mais il ne survint aucun accident.

Le cathétérisme utérin, pratiqué après l'accouchement, peut aussi être suivi de perforation. On sait combien alors le tissu de la matrice est friable et ramolli, aussi l'on comprend facilement qu'une perforation peut être le résultat de l'emploi de l'hystéromètre. M. Dupuy en rapporte quatre observations publiées par Rabl-Ruckard et Lhemus.

Comment donc se produit la perforation de la paroi utérine? « Tantôt, dit M. Dupuy, il suffit d'une légère pression, tantôt c'est en appuyant la sonde sur le fond de l'utérus et en portant celui-ci en avant, du côté de la paroi abdominale par un mouvement de bascule imprimé à l'instrument, que le chirurgien perçoit tout d'un coup une sensation de résistance vaincue. » Dans d'autres cas, la perforation se produit sans occasionner la moindre douleur à la femme et sans que l'opérateur ait éprouvé la plus faible résistance.

Le fond de l'utérus, surtout vers l'orifice des trompes, est la partie de cet organe qui est le plus souvent perforée ; cependant, lorsque la matrice est fléchie, il peut arriver que l'on perfore la paroi antérieure (rétroflexions) ou la postérieure (antéflexions) : M. Dupuy en publie un exemple.

Quant à l'introduction de l'hystéromètre dans l'abdomen en passant par la trompe, elle ne peut se produire que tout à fait exceptionnellement, lorsque l'utérus est en latéroversion et que l'orifice de la trompe considérablement dilaté occupe le sommet de l'organe comme dans l'observation de Bischoff.

Dans les 17 cas de perforations que l'auteur a trouvés dans la science, il n'est survenu aucun accident sérieux, et cependant la prudence n'a pas toujours guidé la main du chirurgien !

Faut-il en conclure, comme certains gynécologistes allemands, que la perforation de l'utérus est sans danger? Non certes, et comme le fait très-sagement remarquer M. Dupuy, il est probable qu'un certain nombre de cas malheureux n'ont pas été publiés ; aussi, et c'est la

règle qui découle du travail que nous venons d'analyser, faut-il éviter l'emploi de l'hystéromètre dans les cas où l'on peut craindre la perforation de l'utérus. Dr Alphonse Herrgott.

Du régime des enfants, par le Dr A. Jacobi, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine et de chirurgie de New-York (1).

L'auteur, dans une brochure de 120 pages, a exposé les règles qui doivent présider à l'alimentation des enfants. Cette brochure ne s'adresse pas seulement au médecin, mais aussi aux mères trop souvent ignorantes des soins que réclament les enfants du premier âge.

Les conclusions du travail du Dr A. Jacobi sont les suivantes :

I. *Touchant l'allaitement.* — Nourrir trop un enfant est ce qu'il y a de plus mauvais.

Un enfant de deux mois doit téter toutes les deux ou trois heures.

Un enfant de six mois et au-delà doit prendre le sein cinq fois en vingt-quatre heures et jamais plus.

Lorsqu'un enfant a soif dans l'intervalle, donnez-lui à prendre de l'eau, ou de l'eau d'orge. — *Jamais de sucre.* — Dans la saison chaude, — mais seulement dans les jours les plus chauds, — ajoutez quelques gouttes de whisky soit à l'eau, soit aux aliments, le whisky ne doit pas excéder une cuillerée à café dans les vingt-quatre heures.

II. *Touchant l'alimentation.* — Faites bouillir une cuillerée à café d'orge en poudre (vous moulez l'orge dans un moulin à café) dans un décilitre d'eau pendant quinze minutes, avec un peu de sel, vous filtrez et vous y ajoutez la moitié de cette quantité de lait bouilli et un morceau de sucre blanc. On donne le mélange tiède dans un biberon.

La bouteille et l'embouchure quand elles ne servent pas doivent être placés dans un vase rempli d'eau.

Aux enfants de cinq à six mois, on doit donner moitié eau d'orge et lait bouilli avec du sel et du sucre blanc.

Pour les enfants plus âgés, la proportion de lait doit être plus considérable.

Lorsque les enfants sont très-constipés, employez la farine d'avoine au lieu d'orge, faites-la cuire et filtrez.

Lorsque le lait de la mère est insuffisant, donnez alternativement le sein et de la nourriture.

Dans les temps chauds, essayez les aliments avec un petit morceau de papier bleu de tournesol, si le papier bleu devient rouge, ou bien préparez une nouvelle quantité d'aliments ou ajoutez une petite pincée de *bicarbonate de soude.*

---

(1) *Infant Diet*, by Jacoby. Chez Putnam's Sons. New-York, 1874.

Composition du lait de femme, par M. Th. Baunnez. — Le *Bordeaux médical* rapporte, d'après les *Arch. für d. gesamm. Physiologie*, que l'analyse du lait de femme faite sur vingt sujets différents a donné les résultats suivants; pour cent parties :

Matières albuminoïdes	0,18	à	1,54
Matières grasses. . . .	0,24	à	4,41
Sucre de lait.	4,65	à	6,93
Eau.	86,96	à	91,94

Le lait se concentre, s'il reste longtemps dans les glandes mammaires; il n'a jamais une composition identique dans les deux seins. Plus on s'éloigne de l'accouchement, plus il devient pauvre en matières grasses et albuminoïdes, et riche en eau et en sucre. La quantité de sels et de matières extractives reste constante. L'auteur a employé une méthode analytique peu différente de celle de Chevalier et de O. Henry.

Traitement des contractions spasmodiques de l'utérus pendant la période d'expulsion du fœtus et du délivre. — La *Gazette médicale* de Paris rapporte, d'après le *Centralblatt fuer medicinischen Wissenchaffen*, que le Dr Frankel recommande comme moyen le plus efficace et le plus rapide des injections sous-cutanées d'une solution contenant à la fois du chlorhydrate de morphine et du sulfate d'atropine, injections combinées avec la chloroformisation. La dose à employer ne doit pas dépasser 0,001 pour l'atropine et 0,015 à 0,02 pour la morphine.

Kyste de l'ovaire disparu spontanément. — Nous lisons dans le *Scalpel*, que le Dr Conrad (de Berne) a vu une femme de 26 ans qui, pendant sa grossesse, offrit un kyste de l'ovaire, lequel fut ponctionné deux fois et se reproduisit rapidement une troisième fois.

Quelque temps après, la patiente ressentit un grand besoin d'uriner, et remplit deux grands vases d'un liquide semblable à celui retiré par les ponctions. Le kyste avait disparu.

— L'administration de l'Assistance publique ayant décidé que le relevé des accouchements ne se ferait plus dorénavant que par trimestre et ne serait publié que quatre fois par an, nous donnons aujourd'hui le relevé du premier trimestre de l'année courante.

Bulletin trimestriel (1) des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris.

NOMS des Établissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	65	5	»	»	»	5	7.69	»	»	»	7.69	»	»
Pitié	85	1	2	»	»	3	1.17	2.35	»	»	3.52	»	»
Charité.......	405	»	1	»	»	1	»	0.95	»	»	0.95	»	»
Saint-Antoine.	88	5	»	»	»	5	5.68	»	»	»	5.68	2	3
Necker.......	56	1	»	»	»	1	1.78	»	»	»	1.78	»	1
Beaujon......	83	3	»	4	»	7	3.61	»	4.82	»	8.48	»	»
Lariboisière...	227	1	1	»	»	2	0.44	0.44	»	»	0.88	»	2
Saint-Louis...	213	3	2	»	2	7	1.40	0.94	»	0.94	3.28	»	»
Lourcine	10	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres).	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	932	19	6	4	2	31	2.04	0.64	0.43	0.21	3.32	2	6
Services spéciaux													
Cochin	212	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Cliniques.....	153	1	7	1	4	13	0.65	4.57	0.65	2.62	8.49	»	»
Mson d'Accouchem.	393	»	4	»	»	4	»	1.01	»	»	1.01	»	»
TOTAL	758	1	11	1	4	17	0.13	1.45	0.13	0.53	2.24	»	1

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	2738	4	0.14
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	497	1	0.20

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

(1) L'Administration publiera dorénavant dans cette forme, les renseignements sur les services d'accouchements.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Éclampsie, morsure profonde de la langue ; suffocation rapide causée par le développement énorme de cet organe; opération césarienne quinze minutes après la mort ; extraction d'un enfant mort, par le Dr Bailly (*Gaz. hôp.*, 1874, p. 905).

Quelques points pour servir à l'histoire des myomes utérins (*Gaz. obstétricale*, 1875, p. 17).

Avortement embryonnaire ; rétention du placenta ; délivrance artificielle, par le Dr Charles (de Liége) (*Gaz. obst.*, 1875, p. 17).

Influence exercée sur le fœtus par la vaccination d'une femme arrivée aux derniers mois de la grossesse (*British med. Journal*, 26 décembre 1874, et *Lyon médical*, janvier 1875, no 5).

Des myomes utérins au début, par Ulvinianu. Thèse de Paris, 1874.

Le seigle ergoté comme remède contre l'avortement, par Pritney (*Philadelphia med. and surgic. Reporter*, et *Écho de la presse médicale*.

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Des paralysies bulbaires, par le Dr Hallopeau. Thèse d'agrégation. Paris. 1875.

De la médication par l'alcool, par le Dr Joffroy. Thèse d'agrégation. Paris, 1875.

Contribution à l'étude de la maladie kystique bénigne du testicule, par le Dr A. Perriquet. Thèse de Paris, 1875.

Etude sur la dermatite exfoliatrice généralisée, par Emile Percheron. Thèse de Paris, 1875.

Etude clinique sur le traitement de quelques complications des rétrécissements de l'urèthre, par Edouard Martin. Thèse de Paris, 1875.

Complicanze e particolarita in un caso di rottura spontanea e completa del l'utero, par le Dr Edoardo Porro. Milan, 1875.

Etude sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme, par le Dr Ed. Labarraque. Thèse de Paris, 1875.

Des vomissements de sang supplémentaires des règles et pathogénie des hémorrhagies supplémentaires du flux menstruel en général, par G. Lorey. Thèse de Paris, 1875.

Parasites des organes sexuels femelles de l'homme et de quelques animaux, avec une notice sur le développement de l'oïdium albicans, Rob., par le Dr D. Haussmann, médecin à Berlin, 1870. Traduit par le Dr P. E. Walther. Chez J.-B. Baillière, Paris, 1875, 1 vol. in-8o de 198 pages, avec 3 planches lithographiées. Prix : 5 fr. 25.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DE LA STÉRILITÉ CHEZ LA FEMME

Par le Dr Eustache,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

I. La stérilité est une de ces questions qui sont toujours palpitantes d'actualité et d'intérêt. Le bonheur de la famille et l'avenir des peuples en dépendent : en France surtout, où les récentes statistiques nous démontrent une dépopulation progressive. Si les philosophes et les économistes doivent lever une croisade contre les idées modernes qui veulent limiter le nombre des enfants dans la famille, le médecin doit intervenir aussi, car il est souvent besoin de son ministère et de ses conseils pour mener à bien les tentatives infructueuses jusque-là. En Amérique et en Angleterre, on l'a compris ainsi, et c'est d'outre-mer que nous viennent les essais les plus persévérants pour remédier à la stérilité de la femme. On n'a pas craint, et avec juste raison selon nous, de pénétrer les secrets de l'orga-

nisation de celle-ci, et de recourir, pour remédier aux imperfections de structure, à diverses tentatives chirurgicales et même à l'instrument tranchant. Ces opérations, aujourd'hui bien définies dans leur but et leurs manœuvres, sont professées en France, et j'ai été heureux pour ma part de les voir pratiquer plusieurs fois avec succès par le savant gynécologiste de Montpellier, M. le professeur Courty.

Mon intention n'est point de donner une étude, même superficielle, des diverses causes de stérilité chez la femme, et des moyens propres à y remédier. On n'aura pour cela qu'à consulter les ouvrages de Roubaud (*Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme*. Paris, 1855), de Marion Sims (*Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, 1866), et enfin le *Traité des maladies de l'utérus* du professeur Courty. Le chapitre que ce dernier auteur consacre à l'étude de la stérilité résume les acquisitions de la science à ce jour, et élucide parfaitement les cas où il est possible d'intervenir, et non moins possible d'espérer un succès.

L'intervention du médecin ne saurait en effet être utile dans tous les cas, mais il résulte de la lecture des auteurs précités qu'elle est réellement efficace dans un certain nombre de lésions utérines, très-fréquentes et très-rebelles, je veux parler des déviations et des déplacements de la matrice. Ici, pas d'altération organique ni fonctionnelle, mais un simple dérangement statique que l'on peut corriger. Tout dernièrement, une observation de ce genre s'est présentée à nous; nous y avons remédié par un moyen qui n'est guère connu et que nous n'avions vu conseillé *explicitement* nulle part C'est cette observation que nous publions aujourd'hui et que nous recommandons à l'attention des praticiens; nous la faisons précéder et suivre de courtes réflexions, qu'elle nous a suggérées.

II. Depuis les belles découvertes de ce siècle sur la fécondation et les conditions qui y président, la stérilité n'est plus considérée seulement comme une punition du ciel et comme une chose d'ordre surnaturel et insaisissable. On sait que pour que la fécondation ait lieu, il faut que les deux éléments organiques,

mâle et femelle, se rencontrent, se pénètrent et se confondent sur un certain point des voies génitales de la femme. Il faut que les spermatozoïdes ne soient pas seulement déposés dans le vagin, mais qu'ils pénètrent plus haut et aillent à la rencontre de l'ovule, dans les trompes et même sur l'ovaire. Il peut donc exister, sur ce parcours, une foule d'obstacles mécaniques qui empêchent cette pénétration et qui auront la stérilité pour résultat. La plupart de ces obstacles siégent au niveau du col de l'utérus : obstruction, rétrécissements, allongement hypertrophique, lésions organiques, etc., et chacune de ces modifications de l'état normal devra être traitée d'une façon spéciale, si l'on en veut corriger les effets. Sous ce rapport, la thérapeutique du col de l'utérus est pleine d'enseignement et réalise les plus heureux résultats.

Mais ces diverses altérations sont relativement rares si on les compare au simple déplacement de cet organe, en vertu duquel il n'occupe plus l'axe du bassin, et se trouve rejeté vers un des points de la périphérie. Les déviations du col de l'utérus rentrent en effet pour une large part dans l'étiologie de la stérilité chez la femme. Joulin, dans son *Traité d'accouchements*, a voulu nier cette influence, mais tous les auteurs modernes sans exception sont d'un avis contraire. On a même dressé de curieuses statistiques qui montrent le degré de fréquence des cas de stérilité dus à cette cause. Ainsi Valleix, sur 117 observations de deviations utérines qu'il a recueillies, a observé la stérilité 19 fois. Dans la mémorable discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1849, Baud allait plus loin quand il accusait les déviations d'être toujours la cause de la stérilité. Mais la statistique la plus instructive sous ce rapport est celle que nous trouvons dans l'ouvrage déjà cité de Marion Sims (p. 275). Sur 250 femmes mariées qui n'avaient jamais eu d'enfants, 103 étaient atteintes d'antéversion et 68 de rétroversion, c'est-à-dire 171 sur 250, près des trois quarts, 1 sur 1,52. Le même auteur se livre à un travail statistique non moins intéressant, duquel il résulte que la stérilité par antéversion est plus fréquente chez les femmes qui n'ont jamais été mères, tandis que la stérilité par rétroversion est plus commune chez

celles qui, ayant eu déjà des enfants, n'en peuvent plus avoir.

Je ne pousserai pas plus loin ces recherches statistiques; il me suffira d'avoir donné la preuve non-seulement de la possibilité, mais encore de la fréquence de la stérilité, suite de déviations utérines. Si nous prenions maintenant chacun des déplacements de la matrice, nous pourrions en démontrer l'influence. Mais ce serait là un travail de longue haleine et dépassant les limites d'une simple note.

Il faudrait commencer par définir ce qu'on entend par déviations utérines : établir des divisions suivant que le déplacement porte sur une partie ou sur la totalité de l'utérus; faire la différence des versions avec les flexions, étudier le déplacement en masse, l'abaissement ou prolapsus, et parler de l'inversion, des hernies, etc., en un mot faire l'histoire du chapitre, sinon le plus compliqué, du moins le plus long de la gynécologie. Quelques conclusions, résultant pour moi de la lecture attentive des auteurs, doivent être pourtant énoncées à la hâte.

1° Les déviations, dit M. le professeur Pajot, constituent des difficultés pour la fécondation, aucune n'entraîne l'impuissance absolue.

2° Les flexions sont toutefois plus graves, parce qu'elles ont pour effet de rétrécir notablement le calibre du canal au niveau de l'angle de jonction du col avec le corps.

3° Parmi les inclinaisons de la totalité de la matrice, les versions : l'antéversion est celle qui constitue l'obstacle le plus fréquent et par suite le plus sérieux.

4° Les latéroversions sont rarement assez prononcées pour amener la stérilité, si elles existent seules; combinées avec la version, elles rendent le cas plus difficile.

5° L'abaissement et même la précipitation de la matrice hors du vagin ne sont pas un obstacle à la fécondation : une de mes clientes est enceinte pour la cinquième fois, malgré une chute complète de la matrice, à la suite de son premier accouchement.

6° L'état instable de la matrice, par suite de la laxité de ses attaches profondes et l'amplitude du bassin, entraîne fréquemment la stérilité, l'utérus se plaçant, au moment du coït, dans un état d'antéversion exagérée.

Ces conclusions, dont la vérité pour moi ne saurait être contestée, me suffiront en ce moment, et je passe à l'examen du cas particulier que j'ai eu sous les yeux. Il s'agit d'une antéversion utérine, avec un certain état instable de la matrice, en vertu duquel la déviation s'exagérait sous l'influence du moindre choc.

Il paraîtra peut-être imprudent, ou tout au moins hasardé, de traiter un pareil sujet avec quelques détails. Si le français n'a pas les mêmes licences que le latin en société, il doit quand même énoncer la vérité sans réticence, surtout quand la vérité est si utile et que l'on s'adresse à des médecins.

III. Comment les déviations utérines, et principalement l'antéversion, peuvent-elles amener la stérilité?

La raison en est facile à comprendre. Sans doute il n'est pas nécessaire que le méat urinaire et le museau de tanche soient situés exactement vis-à-vis l'un de l'autre, et que le sperme soit lancé, comme on l'a dit, dans la cavité du col; la fécondation aurait très-rarement lieu, si cette condition était indispensable. Toujours ou presque toujours, la verge glisse sur la lèvre du col et vient se placer en avant ou en arrière de celui-ci, à peu de distance de son ouverture. Le sperme est déversé au fond du vagin, et quand l'utérus revient à sa position première, son ouverture baigne dans le liquide, qui pénètre alors soit par aspiration (Pouchet), soit par capillarité (Coste).

Si l'on suppose l'utérus en antéversion, le sperme est versé contre la lèvre antérieure, l'ouverture du col est tournée en arrière ou même en haut, vers la concavité du sacrum ; cette position étant fixe, l'utérus s'abaisse après le coït, mais son ouverture reste vicieusement dirigée et ne baigne jamais dans le liquide séminal. Celui-ci a beau séjourner dans le vagin, il ne pénètre point dans l'utérus.

Quelquefois, le plus souvent même, s'il faut en croire M. le professeur Pajot (*Bulletin de thérapeutique*, novembre 1874), la déviation utérine est accompagnée d'une dépression considérable de l'un des culs-de-sac du vagin, qui est le pied-à-terre habituel du mari, et qu'il désigne sous le nom pittoresque de *fausse-route vaginale*. Aran et Courty, qui ont noté le même

phénomène, appellent ce diverticulum « poche copulatrice » (1).

Cette disposition, quand elle existe, ne peut que nuire encore plus à la fécondation, en éloignant la semence de l'ouverture utérine; elle joue absolument le même rôle que l'allongement hypertrophique du col. Or, dit spirituellement M. Pajot, comme tous les hommes du monde avouent que, poussés par le désir d'avoir un enfant, ils portent leurs vœux aussi loin que possible avec la pensée de les réaliser plus sûrement, presque tous dépassent le but sans l'atteindre.

Il est encore une autre disposition des parties, qui fait que la semence ne peut atteindre l'ouverture cervicale de la matrice dans le cas d'antéversion, et conséquemment ne peut y pénétrer. J'admets parfaitement l'existence des fausses routes vaginales de M. Pajot et leur conséquence regrettable; mais chez beaucoup de jeunes femmes, on ne peut les retrouver : et, si la stérilité est amenée par une déviation qui parfois paraît peu prononcée et est toujours assez facilement réductible, je m'en rends compte par une sorte d'état instable de l'utérus. « Il est, dit Aran, de ces utérus très-mobiles sur leur axe de suspension, suivant avec la plus grande facilité les mouvements qu'on leur imprime, espèces de balances folles, pour ainsi dire, que le moindre poids fait osciller et quitter leur centre de gravité. »

En vertu de cette mobilité anormale, que j'attribue à l'amplitude exagérée du bassin dans certains cas, ainsi qu'à un véritable défaut d'éducation physique chez la plupart des jeunes femmes appartenant aux classes privilégiées de la société, la matrice subit un déplacement en vertu duquel elle pivote autour de son axe transversal. Elle est déjà en antéversion, et sous l'influence du coït cette déviation s'exagère; l'ouverture cervicale remonte et se cache en arrière ; puis, quand le sperme est déversé et que le mari se retire, l'utérus, en revenant à sa position première, balaie en quelque sorte le liquide, qui ne vient plus baigner son orifice, et l'imprégnation n'a pas lieu. Ainsi je m'explique ces

(1) Une disposition pareille existe à l'état normal chez toute une classe d'invertébrés, les insectes. C'est du reste par assimilation que le mot de *poche copulatrice* est passé de la zoologie à la gynécologie.

cas de stérilité, disparaissant au bout de cinq ou dix ans de mariage, quand l'organe a acquis plus de fixité.

Que la déviation existe seule, ou bien que le mari se soit créé à sa suite une fausse route vaginale, ou bien encore que la déviation s'exagère sous l'influence de la trop grande mobilité de l'utérus, il n'en résulte pas moins que, toutes les autres conditions étant normales d'ailleurs (bonne conformation des parties, perméabilité, secrétions, etc.), la stérilité résulte, dans les cas d'antéversion, du défaut de contact du sperme avec l'ouverture du museau de tanche. Cette importante question préliminaire étant résolue, il nous sera facile d'aborder l'étude des moyens à employer en pareil cas.

IV. Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont cherché tous à corriger la position vicieuse et à ramener l'utérus à sa situation normale. Les uns ont voulu guérir définitivement la déviation, les autres ont seulement voulu la corriger momentanément, pour que la fécondation puisse avoir lieu. Les premiers ont tenté diverses manœuvres, pratiqué diverses opérations ; mais la richesse de l'arsenal chirurgical est ici, comme partout ailleurs, équivalente de l'insuccès, sans compter les cas suivis d'accidents plus graves. Je n'interviendrai pas dans ce débat, et je me bornerai à mentionner les seules tentatives opérées en vue de la fécondation.

La première idée qui devait venir à l'esprit des praticiens, c'était de modifier la position des époux pour qu'il en résulte une modification subséquente de la direction de la matrice. On comprend quels conseils il conviendrait de donner, suivant que l'utérus est en antéversion, en rétroversion ou en latéroversion. Disons seulement que ces conseils sont rarement suivis de succès. On devra toutefois débuter par là.

Quand on a noté l'existence de l'une de ces fausses routes vaginales précédemment indiquées, ou que l'on pourra craindre la disproportion entre la longueur de la verge et la profondeur du vagin, on recommandera en outre une intromission modérée.

Malgré ces sages conseils, que je ne crois pas devoir détailler davantage, on devra le plus souvent recourir à d'autres moyens.

MM. Pajot et Courty veulent que le congrès soit tenté pendant la réplétion de la vessie, quand l'utérus est en antéversion, après plusieurs jours de constipation quand il est renversé en arrière. Ils espèrent que, par leur ampliation exagérée, la vessie dans un cas, le rectum dans l'autre, repousseront le corps de l'utérus et amèneront le col dans l'axe du vagin. Aucun exemple bien probant de succès n'a été rapporté.

Il n'en est pas de même des tentatives de redressement passager à l'aide d'éponges et de pessaires. Mme Boivin plaçait une éponge entre l'utérus et le rectum : elle a observé plusieurs succès qui se trouvent consignés dans la thèse d'Ameline (Paris, 1827).

Les pessaires ont eu plus de vogue, parce qu'il est plus facile de les maintenir en place ; ils ont varié à l'infini. Sous ce rapport, la lecture de l'ouvrage de M. Marion Sims est des plus instructives. Non-seulement la question y est étudiée sous toutes ses faces, mais on y trouvera l'histoire de plusieurs succès.

Il semble, à la lecture de ces observations, que toutes les conditions soient remplies, et pour notre part nous eussions employé sans hésitation le pessaire de Hodge ou l'anneau de Meigs, si nous l'avions eu sous la main.

Il y a sans doute bien à dire contre l'emploi des pessaires en pareille circonstance ; mais leur fixité leur donne une grande supériorité sur les éponges, qu'il est le plus souvent bien difficile d'appliquer, et qui par leur gonflement augmentent parfois les difficultés de la pénétration du sperme. En outre, les pessaires, modifiés par les Américains, sont, dit-on, très-bien supportés, et leur généralisation serait peut-être utile. Mais il est difficile de les adapter à chaque cas ; il faut alors recourir à une foule d'essais désagréables, parfois dangereux, et l'on rencontre rarement ou des femmes assez résolues, ou des constructeurs assez habiles pour bien remplir l'indication et obtenir le résultat désiré.

C'est alors que certains médecins n'ont pas craint de conseiller et de tenter la fécondation artificielle, c'est-à-dire l'injection dans la matrice à l'aide d'une seringue, du sperme préalablement déversé à l'extérieur. Ce procédé, tout à fait hors nature, me semble devoir être condamné, et, sans faire profession ni de

religion ni de pudeur exagérées, est-il tout au moins convenable de ne pas traiter l'espèce humaine comme les autres espèces animales, et de se rappeler cette sainte loi du mariage : *erunt duo in carne unâ* (1).

Mais n'est-il pas possible de remédier à cette vicieuse disposition des organes de la femme, quand la stérilité en est la conséquence, et que les diverses tentatives précédemment conseillées ont échoué? M. Courty écrivait en 1866 : « On obtient aisément par la position, la combinaison de la palpation et du toucher, le cathétérisme utérin, un redressement passager; pourvu que ce redressement dure quelques heures, pourvu qu'il puisse être opéré par le mari au moment de pratiquer le coït, il est suffisant pour amener la possibilité d'une fécondation; j'ai vu quelques faits de ce genre qui méritent de fixer l'attention. »

Outre la complexité de ces manœuvres, il est des cas où elles sont d'une inefficacité absolue. Ainsi, je voulais y recourir dans l'observation que je vais rapporter tout à l'heure, et la chose était d'autant plus facile que le mari était médecin ; mais nous fûmes obligés d'y renoncer à cause de la mobilité exagérée de l'utérus, qui reprenait immédiatement sa position vicieuse. Une idée bien simple me vint alors à l'esprit ; nous la mîmes en pratique, et elle fut aussitôt suivie de succès. Voici en quoi elle consiste :

---

(1) M. le professeur Pajot, qui s'est beaucoup occupé et qui s'occupe encore de cette question, nous a montré un instrument de son invention pour pratiquer la fecondation artificielle dans des conditions à peu près normales. En effet, le procédé américain, qu'il condamne, s'éloigne par trop des conditions naturelles pour ne pas être totalement rejeté. Dans le nouveau procédé du savant professeur de Paris, le congrès s'exécute comme d'habitude ; le médecin n'arrive que quelque temps après, muni de son instrument qui est construit sur le même principe que la sonde porte-caustique de Lallemand. Il introduit dans le vagin la curette qu'il charge de sperme, et qu'il rentre ensuite dans sa gaine métallique; après quoi, appliquant le spéculum, il cathétérise l'utérus avec l'instrument fermé et chargé, fait saillir la curette, et dépose ainsi du sperme dans la cavité du col. Ce procédé est un perfectionnement très-considérable et parfaitement admissible. Sans doute le médecin intervient, mais ce n'est qu'après que l'acte génésique a été pratiqué normalement. Ce n'est à vrai dire qu'une modification instrumentale (est-ce un progrès ?) du procédé que j'ai moi-même employé.

Dès que l'éjaculation a eu lieu, et que le sperme remplit le vagin, que le mari pratique le toucher, et que, chargeant son doigt de la semence, il aille accrocher le col, qui se laisse assez aisément redresser ; l'ouverture de celui-ci est alors mise en rapport avec une certaine quantité de liquide fécondant, qui peut pénétrer plus loin et aller opérer la fécondation. C'est là un procédé bien simple, bien aisé à apprendre, même à un mari qui n'est pas médecin, et, en outre, un procédé qui ne change rien aux conditions du rapprochement des sexes, moins sans doute que les positions variées que l'on conseille en pareil cas. Il est applicable aux diverses déviations utérines ; il l'est surtout à ces exemples d'utérus très-mobiles, qui, pour moi, sont l'explication du nombre considérable de ménages longtemps stériles, lorsque la femme est ou trop jeune ou trop débile. Je ne l'ai tenté qu'une fois, et il m'a donné plein succès : c'est pourquoi je rapporte l'observation suivante avec quelques détails ; elle pourrait être suivie de beaucoup d'autres, si les vues que j'ai exprimés dans ce travail, sont aussi justes qu'elles me le paraissent (1).

OBSERVATION. — Au mois d'août 1873, un de mes confrères et amis, le Dr G...., vint me prier d'examiner sa femme et lui-même pour leur expliquer, si faire se peut, la stérilité de

(1) M. le professeur Pajot nous assurait dernièrement que notre procédé avait été indiqué et peut-être même pratiqué depuis longtemps, mais il n'a pu nous fournir aucun renseignement bibliographique certain. Depuis notre retour à Montpellier, nous avons cherché cette indication dans les auteurs du siècle dernier et parmi les contemporains sans la trouver nulle part. Nous abandonnions ces recherches quand, sur les indications de M. Gordon, bibliothécaire de la Faculté, nous avons parcouru l'article que M. Guéneau de Mussy a publié *en latin* dans l'*Union médicale* du 4 décembre 1873, et nous y avons lu ce qui suit : « Sed haud illicitum mihi visum est, si, post diversa tentamina diutius uxor « infecunda manserit, ipsum maritum digitum post coïtum in vaginam immit- « tere, et ita receptum semen uteri ostio admovere. Et cum ostioli uteri « hæret, ut in pervium canalem, spermatozoïdum motibus faventibus, prodeat, « sperare non absurdum. »

Cette citation prouve que M. Guéneau de Mussy, tout en recommandant cette manœuvre, ne l'a jamais expérimentée ; son article, que nous n'avons du reste connu que ces jours derniers, est postérieur à nos premières tentatives et à notre premier succès.

leur mariage, et leur indiquer le moyen d'y remédier. Le mari a 28 ans; bonne constitution ; pas de maladies antérieures ; éjaculation facile et abondante ; sperme de bonne qualité. La femme en a 22 ; elle est aussi très-bien portante, de taille moyenne ; menstruation très-régulière, sans trace de leucorrhée et sans douleur. Ils sont mariés depuis trois ans et demi, et malgré toutes sortes de tentatives, malgré deux saisons au Vernet et à Sylvanès, jamais il n'y a eu trace de conception. Le mari me raconte ses divers essais, qui comprennent tout ce qui a été conseillé en pareille circonstance. Désespéré de ces insuccès multiples, il ne me parle de rien moins que de tenter la fécondation artificielle.

Après m'être assuré du bon état physique des malheureux époux et n'y avoir rien trouvé de défectueux, je procède à l'examen de la femme. Celle-ci est très-vigoureuse et assez chargée de tissu adipeux. Le bassin est large; et mesure 29 centimètres entre les deux épines iliaques antérieures et supérieures. Le vagin est très-ample vers son fond, l'utérus est assez facilement atteint, le doigt n'arrive pas directement sur le museau de tanche, mais sur la lèvre antérieure du col, près des insertions vaginales. Le col est donc porté en arrière, vers la concavité du sacrum et un peu à gauche ; le fond est dirigé en avant et à droite, et je le sens assez distinctement à travers le cul-de-sac antérieur. Malgré cette antéversion et ce léger degré d'obliquité à droite, le col est accessible, et en passant le doigt en arrière, je peux le ramener dans l'axe du petit bassin, sans trop d'effort et sans douleur. Mais à peine je le lâche, qu'il reprend sa position première; d'un autre côté, si au lieu d'introduire le doigt fortement en arrière, je le pousse directement en avant, de façon à butter contre la lèvre antérieure du col, la déviation s'exagère, et l'utérus se place dans une direction transversale, perpendiculaire à l'axe du bassin. En poussant plus fortement je le soulève sans douleur et dans cette nouvelle position. Par l'application du spéculum de Cusco, je confirme mon diagnostic, et après avoir saisi le col, non sans difficulté, je m'assure de la parfaite perméabilité de la matrice, et de la profondeur de sa cavité, qui est de 5 centimètres et demi. Dans ces conditions,

et en l'absence de toute autre cause plausible, je fus donc amené à penser que cette déviation et cette mobilité anormale de la matrice étaient les seules raisons qui pussent expliquer la stérilité. Je fis partager mon avis au mari et je lui fis saisir parfaitement l'état des parties; mais, malgré la mise en pratique des conseils qui découlaient de cette constatation (modifications de la position et du coït), les règles revinrent encore deux fois, et le 25 octobre, les époux revenaient me conter leur insuccès, me demandant autre chose.

J'essayai d'appliquer une éponge dans le cul-de-sac postérieur; la brièveté du col ne permit point de la fixer. Je recommandai alors le procédé que j'ai précédemment décrit, et qui dut être tenté pour la première fois le lendemain des règles; nous échouâmes en novembre et en décembre. J'avais fait part de ces essais à mes amis les Drs Grynfeltt et Arles, et ce ne fut que le mois suivant que je pus leur annoncer mon espoir de succès. Les dernières règles étaient venues le 9 décembre, et devaient revenir, selon toutes probabilités, le 7 janvier. Le mari voulut essayer ce moyen en qui il avait du reste toute confiance, les trois jours qui devaient précéder la menstruation, au lieu d'y avoir recours les jours qui suivent. En conséquence, le 4, le 5 et le 6, l'expérience fut tentée : il y avait en ce moment quelques symptômes prémonitoires : tels que douleurs de reins et pesanteur périnéale. Tous ces phénomènes disparurent ; la menstruation ne se montra point : c'était le premier retard que la femme éprouvait. Les mois suivants, il en fut de même, et je pus affirmer la grossesse. Jusqu'au cinquième mois, le col resta tourné en arrière ; il se redressa un peu à cette époque, et la grossesse suivit son cours jusqu'au 30 septembre, qu'eut lieu l'accouchement. Je dois noter que l'engagement du fœtus se fit dès le huitième mois, ce qui me confirma l'existence de l'amplitude du bassin, que j'avais cru reconnaître sans toutefois recourir à la pelvimétrie : la délivrance se fit en position occipito-postérieure persistante et dut être terminée par le forceps : les suites de couches furent fort simples, et aujourd'hui, la mère est très-fière de nourrir elle-même un superbe garçon de la meilleure apparence. — Comme cela arrive presque toujours en

pareil cas, la déviation s'est reproduite, et le mari se demande s'il ne lui faudra pas recourir encore au précepte des homœopathes : *Similia similibus...!!*

Cette observation présente un intérêt réel, tant au point de vue du résultat obtenu que des conditions particulières qui ont amené et entretenaient la stérilité chez notre malade. Ainsi le déplacement de l'utérus était peu considérable, et n'aurait pu être considéré comme sufffsant s'il n'était venu s'y joindre une mobilité exagérée. Cette mobilité, à son tour, était-elle le résultat de la trop grande amplitude du bassin, ou bien était-elle due à la faiblesse native des ligaments? Question intéressante pour la solution de l'étiologie des déviations utérines. En effet, c'est là une question encore controversée et qui paraît confuse dans les divers traités de gynécologie. Je serais porté à croire pour ma part que la faiblesse et la laxité des divers plans fibreux et musculaires qui doivent fixer la matrice est plutôt primitive chez les jeunes femmes, et qu'elle dépend alors des conditions physiques dans lesquelles elles ont été élevées. Ce n'est qu'à un âge plus avancé ou à la suite d'un ou plusieurs accouchements que ce relâchement se produit sous l'influence de lésions pathologiques de l'utérus ou des organes environnants. De là la conclusion naturelle que l'éducation physique de nos jeunes filles doit être profondément modifiée.

Enfin il serait non moins intéressant de signaler, à titre de particularité, le moment où la conception s'est opérée. Généralement, disent les auteurs, la conception s'opère dans les premiers jours qui suivent la cessation des règles, et par conséquent la déhiscence des vésicules de de Graaf et la chute des ovules. Ici le contraire a eu lieu; il y a eu même des tentatives infructueuses, au moment en quelque sorte consacré, qui ne sont que plus démonstratives de l'exception à la règle admise. Mais je ne développerai pas davantage, dans cette simple note, les considérations, intéressantes à divers points de vue, qui découlent de l'observation précitée. Qu'il me suffise d'avoir démontré la réalité des conceptions théoriques qui m'ont guidé en cette circonstance, d'avoir rapporté un succès complet et authentique, et d'avoir signalé un moyen probablement nouveau aux médecins, qui sont si souvent consultés en pareille matière.

DU CÉPHALOTRIBE

SES INCONVÉNIENTS ET SES DANGERS (1).

Par le Dr Boissarie (de Sarlat),
Médecin de l'hôpital de Sarlat,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Grâce à ses perfectionnements et à ses progrès, grâce surtout aux tendances et aux enseignements de l'école, la céphalotripsie a pénétré partout et a été adoptée dans la pratique générale. Destinée tout d'abord à remplacer l'opération césarienne, cette méthode ne devait être appliquée que dans le cas de rétrécissement du bassin; elle était placée comme un intermédiaire entre le forceps et la gastro-hystérotomie; quand le forceps était absolument impuissant, elle devenait pour l'accoucheur une ressource précieuse et dispensait de soumettre la mère à une opération le plus souvent mortelle. Circonscrite dans ses limites naturelles, son utilité est incontestable. Mais depuis quelque temps : « son domaine déjà fort étendu ne cesse de s'agrandir et le seul écueil qui semble pouvoir la menacer, est un engouement exagéré qui la conduirait à abuser de sa propre puissance. » (Guéniot, Thèse de concours, 1866.)

Entre la céphalotripsie et l'opération césarienne les limites peuvent être indécises; on peut les fixer à 4 ou à 6 centimètres. Le danger sera plus apparent que réel, ou du moins l'on n'aura jamais en vue que des cas très-exceptionnels et qui peuvent ne jamais se présenter dans une pratique ordinaire; mais qu'on renonce au forceps sans raison suffisante, après des tentatives incomplètes, qu'on étende de ce côté sans nécessité absolue le domaine du céphalotribe, les conséquences sont d'une gravité exceptionnelle; car on mutile inutilement l'enfant, et

(1) Ce mémoire, qui a été lu à la Société de chirurgie, a été l'objet d'un rapport fait au nom d'une commission composée de MM. Blot, de Saint-Germain et Guéniot, rapporteur. Ce rapport sera publié dans un de nos prochains numéros.

on le mutile non pas seulement dans les rétrécissements du bassin, c'est-à-dire dans des circonstances relativement rares, mais dans des circonstances qui peuvent se rencontrer chaque jour, mais pour des difficultés jugées à tort insurmontables et qui ne demandaient pas un si cruel sacrifice.

Que les primipares, en présence d'un travail long et pénible, avec une disproportion légère entre le volume de la tête et les diamètres du bassin, ou bien avec une position irrégulière du sommet qui ne peut apporter un obstacle insurmontable à l'accouchement, abandonnent le forceps sans lui demander tout ce qu'il est susceptible de donner pour recourir au céphalotribe, je dis qu'il y a, dans cette façon d'agir, un danger évident contre lequel il importe de se prémunir. On ne saurait trouver la preuve de ces dangers ou de ces abus dans les observations publiées. Ces observations, en effet, ne se publient généralement pas. Le médecin, arrêté par un accouchement qui se prolonge au delà des limites habituelles, cherche avant tout une solution; d'abord une solution heureuse par les moyens ordinaires ; mais s'il ne peut aboutir pour une cause ou pour une autre, si les battements du cœur de l'enfant ne s'entendent presque pas; si le céphalotribe est sous la main, la tentation est irrésistible, l'enfant est mutilé, et l'accouchement terminé en quelques instants. Nous avons été témoin de faits semblables. Nous avons vu des femmes qui après avoir subi la céphalotripsie à leur premier accouchement, ont eu ensuite plusieurs enfants venus dans d'excellentes conditions et sans le secours d'aucune intervention. Dans d'autres circonstances, appelé pour pratiquer la céphalotripsie, nous avons pu terminer l'accouchement par le forceps et amener vivants des enfants qui allaient être sacrifiés. Dans tous ces cas, on s'écartait évidemment de la règle que nous posions en commençant, et qui prescrit de réserver le céphalotribe pour les rétrécissements et les déformations du bassin, et en second lieu on ne savait pas demander au forceps tout ce qu'il pouvait donner. Ces obstacles que nous pouvons appeler de moyenne difficulté sont en effet presque tous du ressort du forceps, mais il faut donner aux tractions une force et une durée suffisantes.

Les abus que nous signalons nous paraissent surtout dangereux par la facilité et la fréquence avec lesquelles ils se produisent. Nous en retrouvons partout les traces, non-seulement en France, mais même en Angleterre. Tyler Smith nous apprend que, dans ce pays, sur 1,000 craniotomies, à peine 448 sont nécessitées par les rétrécissements du bassin. (Guéniot, Thèse de concours, 1866.)

On recourt à la perforation et à l'excision du crâne pour les coarctations simples de l'orifice vulvaire, alors même que la tête du fœtus est très-engagée et presque accessible à la vue.

Parmi nous, on reconnaît que la céphalotripsie est indiquée toutes les fois que, l'enfant étant mort, elle rend son extraction moins laborieuse. Elle est encore indiquée toutes les fois que. l'enfant étant vivant, son extraction est démontrée impossible par les voies génitales. Ces termes, qui paraissent si formels et si précis, deviennent souvent dans la pratique d'une interprétation difficile. La mort de l'enfant se présume peut-être aussi souvent qu'elle s'affirme, et le forceps peut paraître impuissant ou impraticable, alors qu'il ne l'est réellement pas. Ces incertitudes, qui se rencontrent chaque jour, sont franchement reconnues par les hommes les plus expérimentés. Aussi, après nous avoir tracé les règles qui doivent nous guider dans ces cas difficiles, ils ajoutent (Jacquemier, 6, 424 et passim) : la décision à prendre est si grave qu'il faut, pour laisser le moins de chances possible à une appréciation inexacte, réclamer, toutes les fois qu'on le peut, le concours d'hommes éclairés, afin qu'il nous reste, quel que soit le résultat, la conviction que le meilleur parti a été suivi.

Les faits que nous allons citer montreront combien il est important de restreindre les applications du céphalotribe.

Au mois de juillet 1868, j'étais appelé auprès d'une jeune femme âgée de 19 ans, primipare, d'une taille au-dessous de la moyenne, et qui était en travail depuis deux jours. Une sage-femme et deux médecins avaient été déjà successivement appelés auprès d'elle. La tête de l'enfant était arrêtée au détroit supérieur, soit par son volume assez considérable, soit par le gonflement des parties molles, soit par un léger rétrécissement

du bassin, soit plus probablement par toutes ces causes réunies. Les premiers médecins avaient appliqué le forceps à plusieurs reprises; leurs tentatives étaient restés sans résultat. Désespérant de pouvoir terminer l'accouchement par les moyens ordinaires, ils s'étaient décidés à pratiquer la perforation du crâne; mais, n'ayant pas de céphalotribe sous la main, la craniotomie n'avait pas rendu leurs effors plus heureux. A mon arrivée, je trouvai une malade exténuée de fatigue; les organes génitaux étaient contus, déchirés et extrêmement tuméfiés. Par la vulve s'échappaient des débris de substance cérébrale mêlés à une sanie-fétide; enfin, la tête de l'enfant présentait une surface remplie d'esquilles, d'arêtes vives qui blessaient les parties maternelles.

Il fallait terminer au plus vite l'accouchement si on voulait conserver à la mère quelques chances de vie. N'ayant pas de céphalotribe moi-même à ma disposition, le forceps devenait ma dernière et seule ressource, ressource incertaine cependant, puisqu'il était resté sans résultat jusqu'alors. Je fus assez heureux à la seconde tentative pour saisir exactement la tête, et par des tractions énergiques qui absorbaient toutes mes forces, je terminai l'accouchement. Trois heures après la délivrance une hémorrhagie secondaire faillit emporter la malade. J'employai vainement le seigle ergoté, les irrigations froides, la compression de l'aorte. Je ne pus arrêter la perte qu'en injectant dans l'utérus une solution de perchlorure de fer dans la proportion de 100 grammes pour 300 d'eau. Immédiatement après, le sang cesse de couler, le ventre se durcit, de gros caillots noirâtres sont expulsés, le pouls reparaît, et le malade retrouve peu à peu l'usage de ses sens.

Depuis cette époque, madame de Cl... a accouché trois fois et très-facilement d'enfants venus dans d'excellentes conditions.

Aussi, je n'hésite pas à croire que les difficultés du premier accouchement, qui pouvaient tenir à un défaut de proportion entre la tête de l'enfant et les diamètres du bassin, difficultés qui étaient encore augmentées par la longue durée du travail

et le gonflement des parties molles, auraient pu être surmontées par le forceps avant la craniotomie aussi bien qu'après.

Les premiers médecins n'avaient certainement exercé que des tractions trop faibles sur le forceps, et ils me manifestèrent leur étonnement en me voyant épuiser toutes mes forces pour amener la tête à l'extérieur. En recourant sans nécessité absolue à la craniotomie, ils avaient fait une mutilation inutile, et ils étaient tombés dans cet écueil pour n'avoir pas osé demander au forceps tout ce qu'il pouvait leur donner.

La craniotomie avait pu sans doute faciliter la réduction de la tête. Joulin estime que la perforation du crâne et l'issue de la matière cérébrale diminuent dans une forte proportion la résistance, et que l'on peut avec la même somme de forces augmenter la réduction de 5 à 10 millimètres, sans danger pour la mère.

Mais ici une réduction considérable n'était pas nécessaire, puisque les trois accouchements qui ont suivi nous ont donné la preuve qu'il n'y avait pas de rétrécissement sensible du bassin. Entre les mains des premiers médecins le forceps était resté sans résultat, après comme avant la craniotomie, parce que dans les deux cas leurs tractions étaient restées insuffisantes.

Au mois de juin 1873, un de mes confrères me faisait appeler pour pratiquer la céphalotripsie dans les conditions suivantes :

Une de mes clientes, la femme L..., primipare, âgée de 30 ans, de petite taille, était en travail depuis 24 heures et paraissait épuisée par les douleurs sans résultat. La poche des eaux était percée depuis 18 heures ; une sage-femme d'abord, le médecin ensuite avaient fait à diverses reprises, mais vainement, plusieurs applications de forceps : la tête restait toujours immobile au-dessus du détroit supérieur. Le médecin, esprit sage et dans la prudence duquel j'avais toute confiance, m'assura que l'enfant ne donnait plus signe de vie, et que la malade avait un rétrécissement considérable du bassin.

Sans contrôler ses affirmations que j'avais tout lieu de croire exactes, je perforai le crâne, et avec le céphalotribe, j'amenai faci-

lement au dehors un enfant d'un volume moyen. Les suites de couches furent normales et la convalescence rapide. Nous recommandâmes instamment à cette femme et à son mari de nous avertir à temps si une nouvelle grossesse venait à se produire. Mais notre recommandation devait rester sans effet. Il y a deux mois environ je rencontrai notre femme avec un bel enfant qu'elle nourrissait elle-même ; elle me raconta qu'elle avait accouché très-rapidement et presque sans souffrances. Qu'était devenu notre rétrécissement du bassin? Sans doute, même avec les rétrécissements de 9 centimètres on a des accouchements spontanés (Dubois et Depaul). Mais nous ne pouvons raisonner avec des exceptions ; mon application de céphalotribe avait été d'ailleurs trop facile et trop simple pour ne pas m'inspirer quelques doutes. Je dois bien admettre que l'enfant était réellement mort quand j'ai perforé le crâne, mais il eût été plus prudent de recourir au forceps, et probablement ici, comme dans le cas précédent, le forceps nous eût dispensés d'une opération plus grave et de plus, incomplètement justifiée.

Cet enseignement d'ailleurs ne devait pas être perdu pour moi. Il y a environ deux mois j'étais appelé vers sept heures du soir, auprès d'une malade en travail depuis la veille ; la poche des eaux s'était rompue dans le milieu de la nuit précédente. Cette femme, âgée de 25 ans, d'assez petite taille, avait eu deux ans auparavant un premier enfant venu vivant à la suite d'un accouchement naturel, mais un peu long. La dilatation était complète depuis le matin. Malgré la continuité et l'intensité des douleurs, la tête n'avançait pas. Une sage-femme et un médecin successivement appelés avaient appliqué le forceps à trois reprises différentes et n'avaient pu faire progresser la tête ; après un dernier essai aussi inutile que les précédents, les battements de cœur de l'enfant n'étant plus perceptibles, la céphalotripsie leur parut le seul moyen possible de terminer l'accouchement, et ils me firent demander pour les assister dans cette opération.

A mon arrivée, je trouvai une malade épuisée par de longues souffrances, mais ayant encore des douleurs fortes et répétées. La position était normale, le bassin bien conformé (nous en

avions la preuve dans un accouchement antérieur) ; si on avait échoué jusque-là, c'est qu'on n'avait probablement pas employé des tractions assez énergiques.

Il me parut prudent de faire un nouvel essai de forceps. Après avoir saisi la tête entre les branches de l'instrument, je pratiquai sans secousses, mais en m'arcboutant avec le pied sur le bord du lit, des tractions qui absorbèrent toutes mes forces ; la tête resta d'abord immobile, mais bientôt commença à descendre, et quelques instants après l'accouchement était terminé.

Sous l'influence de frictions, l'enfant ne tarda pas à se ranimer, la respiration s'établit régulièrement. Cet enfant a vécu trois jours et est mort sans avoir voulu prendre le sein. Les suites de couches furent régulières, et la convalescence de la mère s'est terminée sans accidents.

Nous voyons par cet exemple combien il est difficile d'avoir la certitude que l'enfant a cessé de vivre.

Ici les battements du cœur ne s'entendaient plus, le travail avait été long et pénible, la poche des eaux était percée depuis longtemps ; on pouvait s'autoriser de ces données pour la décision à prendre et on était conduit de la sorte à sacrifier inutilement la vie de l'enfant.

Dans la séance du 3 décembre dernier de la Société médicale du département de la Dordogne, un de mes confrères rapportait succinctement l'observation suivante : Il avait été appelé quelques jours auparavant auprès d'une femme en travail depuis la veille. Un premier médecin arrivé avant lui avait constaté une présentation de la face et trouvé le front au centre du détroit supérieur. N'ayant pu terminer l'accouchement par le forceps, le médecin avait pratiqué la craniotomie et fait au niveau du front une large ouverture.

C'est dans ces conditions que notre confrère intervient à son tour et amène facilement avec le forceps un enfant vivant encore, respirant avec le crâne ouvert et dont l'agonie se prolonge pendant un quart d'heure : spectacle horrible s'il en fut et bien fait pour discréditer le céphalotribe. Cet inconvénient, dit M. Verrier, est arrivé à presque tous les accoucheurs qui s'occupent d'embryotomie. Mais on comprend, ajoute-t-il, que les pra-

ticiens auxquels pareille chose survient ne s'empressent pas de la publier; ils achèvent en silence de détruire le reste de vie qui peut encore animer le fœtus.

Ces paroles montrent plus éloquemment que nous ne pourrions le faire que la céphalotripsie ne peut être légitimée que par une absolue nécessité et qu'en dehors de ces indications qui s'imposent, elle doit être unanimement rejetée.

Les observations que nous avons citées n'étaient pas justiciables de la céphalotripsie; ces malades en effet ont eu par la suite des accouchements spontanés dans les meilleures conditions, et dans trois cas sur quatre, le forceps a pu suffire, alors qu'on voulait faire intervenir le céphalotribe ou qu'on avait déjà pratiqué la craniotomie.

Parfois, il est vrai, de singuliers exemples d'accouchements spontanés sont venus contredire les prévisions les plus fondées. Dans deux cas où MM. Dubois et Depaul avaient constaté de la manière la plus certaine, chez deux primipares, un retrécissement de 7 centimètres et avaient conseillé un accouchement prématuré artificiel, les deux femmes arrivèrent à terme, et dans les deux cas un accouchement spontané a donné tort aux savants accoucheurs.

Nous avons observé nous-même un exemple semblable et qui mérite d'être cité : il y a plusieurs années nous avions pratiqué l'opération césarienne sur une femme qui nous avait paru atteinte d'un rétrécissement que nous avions évalué à 6 centimètres; l'opération avait eu un double résultat heureux pour la femme et pour l'enfant.

Il y a dix-huit mois, cette femme redevint enceinte, et nous dûmes lui proposer l'accouchement prématuré artificiel, mais elle refusa absolument toute intervention. Quel ne fut pas notre étonnement d'apprendre quelque temps après qu'elle avait accouché spontanément d'une enfant très-petite à la vérité, mais vivante et paraissant à terme. Cette malheureuse femme est morte, trois semaines après ses couches, d'épuisement et de faiblesse, et son enfant ne lui a survécu que de deux ou trois jours. Devons-nous conclure de ce fait que l'opération césa-

rienne n'était pas indiquée et que le premier accouchement était du ressort du céphalotribe ?

En théorie cette conclusion serait légitime; mais dans l'espèce et en présence du résultat obtenu, nous ne saurions avoir de regret. Car ici nous pouvons accepter pour principe que la fin justifie les moyens, l'opération césarienne sauve deux existences à la fois, et lorsqu'elle réussit, la céphalotripsie ne saurait lui être opposée ; la première opération faite en dehors de ces indications de rigueur peut se légitimer et se défendre par des conséquences, tandis que la seconde, pratiquée à tort et sans nécessité, devient un meurtre inutile sans excuse et sans justification possible.

Sacrifiant la vie de l'enfant, elle ne sauve pas toujours à ce prix la vie de la mère; nous en avons eu la preuve récemment dans un fait que nous allons résumer brièvement, quoiqu'il sorte un peu de l'objet de notre étude.

Je suis appelé le 15 mars auprès de la femme S. S..., âgée de 34 ans, primipare; elle est en travail depuis trois jours, et malgré des douleurs vives et assez fréquentes, le col est encore fermé et la tête très-élevée; j'entr'ouvre le col avec les doigts; il est souple et dilatable, et j'arrive facilement à pouvoir y engager ma main. C'est dans ces conditions que je cherche à appliquer le forceps; l'introduction des branches est rendue très-difficile par l'étroitesse du bassin; l'espace est trop restreint pour permettre le passage de la main et des cuillers; la seconde branche surtout ne peut être guidée que dans une faible partie de son parcours. Je parviens pourtant à saisir la tête; j'articule le forceps à l'entrée de la vulve, mais lorsque je commence mes tractions, l'instrument lâche prise.

Je renouvelle quatre fois ces tentatives en variant autant que possible la manœuvre afin de saisir la tête. Je me trouve en présence d'un bassin de 73 à 75 millimètres. L'enfant est encore vivant; avant de recourir à la céphalotripsie, je veux essayer la version comme dernière ressource.

La manœuvre fut très-pénible, car j'eus une peine extrême à faire pénétrer la main et l'avant-bras au-dessus du détroit supé-

rieur; je parvins cependant à saisir un pied, et je pus amener le tronc au dehors; mais toutes les tractions ne purent ébranler la tête, toujours retenue au-dessus du détroit supérieur. Au milieu de toutes ces manœuvres, l'enfant était mort, et je n'hésitai pas à perforer le crâne au niveau de la région occipitale, avec le céphalotribe je dégageai la tête et terminai l'accouchement. La mère mourut six jours après de métro-péritonite ; cette affection était évidemment de cause locale et prenait sa source dans les contusions multiples que l'utérus avait dû subir au milieu de manœuvres pénibles et prolongées.

Avec l'opération césarienne nous eussions certainement sauvé l'enfant et probablement la mère, dans le milieu où nous exerçons. En voulant éviter l'opération césarienne et réserver la céphalotripsie pour la dernière limite, nous avons perdu et la mère et l'enfant. Nous n'insisterons pas sur le vice de cette situation pour ne pas rentrer dans une discussion générale qui nous entraînerait trop loin, et ne pas aborder le parallèle de ces deux méthodes. Nous avons hâte de rentrer dans notre sujet, que nous avons limité à l'étude des empiètements du céphalotribe sur le forceps. Ces empiètements et ces abus, devenus trop fréquents, préoccupaient sans doute les accoucheurs qui ont voulu étendre l'action du forceps par l'emploi de la force mécanique. Ils voulaient restreindre ainsi le champ du céphalotribe.

Mais l'expérience n'a pas complètement confirmé les espérances conçues; sous prétexte d'appliquer le forceps, on est arrivé souvent à faire de véritables céphalotripsies et à retomber ainsi dans l'écueil qu'on voulait éviter. Les tractions mécaniques compromettent par leur pression progressive et prolongée la vie de l'enfant. Ces appareils, d'ailleurs, ne sont pas entrés dans la pratique générale et ne peuvent remédier aux abus que nous signalons.

Pour tirer des faits que nous venons de citer une conclusion, un enseignement pratique, nous n'avons qu'à nous rappeler la discussion qui eut lieu en 1872, à l'Académie de médecine, sur le seigle ergoté.

Tous les orateurs furent unamines à reconnaître les accidents graves que son usage pouvait entraîner. Cette pensée même

devint tellement prédominante chez quelques-uns, qu'ils n'hésitèrent pas à déclarer que les avantages que présente son administration ne peuvent contrebalancer les dangers qu'il peut entraîner, et qu'il y avait lieu de laisser toute leur rigueur aux termes de la loi existante. Cette opinion était évidemment trop absolue pour être acceptée. M. Poggiale d'abord, M. Depaul ensuite, insistèrent sur la nécessité de déterminer avec soin ses indications et contre-indications.

« Mal administré, en effet, disait M. Depaul, le seigle ergoté « peut occasionner des accidents, mais ce reproche, on pourrait « aussi bien l'adresser aux autres moyens employés, qui, « appliqués mal à propos, deviennent un danger. Je crois donc « qu'on a été trop sévère pour le seigle ergoté ; au lieu de « revenir sans cesse sur les inconvénients ou les dangers de « son emploi, il eût mieux valu montrer que ces dangers « tenaient surtout à ce qu'on ne savait pas s'en servir; insister « sur la nécessité de donner aux sages-femmes une instruction « plus complète et plus solide. Voilà où est le vice. »

Nous n'appliquerons pas aux médecins les reproches ou les souhaits contenus dans ces dernières paroles, mais nous pouvons certainement et avec plus de raison appliquer ces réserves à l'usage du céphalotribe.

Peut-on penser sans frémir, qu'en acceptant pour moyenne les proportions que nous donnent les Anglais (et peut-être allons-nous au delà, car, je le répète, ces observations ne se publient pas), sur 1,000 céphalotripsies, 400 à peine sont pratiquées pour les rétrécissements du bassin!

Les 600 autres sont-elles également justifiées? et sur ce nombre combien d'enfants vivants sont sacrifiés et cela sans nécessité absolue! Il y a certainement là un grave sujet d'études. Il est temps de ne plus poursuivre l'antagonisme de l'opération césarienne et de la céphalotripsie; l'opération césarienne, bien abandonnée aujourd'hui, ne fait plus de victimes et est restreinte dans ses plus étroites limites, tandis que la céphalotripsie, trop exaltée peut-être, est une arme dangereuse qui se trouve entre les mains de tous les médecins. Cette arme ne peut rester dans nos mains qu'à la condition

d'être bien connue et bien utilisée. Que ses indications soient encore plus nettement tracées, si c'est possible, et surtout apprenons à nous servir du forceps ordinaire, qui réussit presque toujours à amener un enfant vivant sans faire le plus léger mal à la mère, à la condition qu'il soit bien appliqué, que sa manœuvre soit bien comprise et sûrement exécutée. Sachons enfin que, si le plus souvent l'instrument doit être manié avec adresse plutôt qu'avec force, il est des cas où il faut déployer une certaine vigueur, où ce n'est qu'après des efforts réitérés et soutenus qu'on voit la tête du fœtus franchir le point rétréci.

DES ATRÉSIES COMPLEXES DES VOIES GÉNITALES DE LA FEMME OU DE L'HÉMATOMÈTRE UNILATÉRAL.

Par le Dr Albert Puech (de Nîmes)

(2e Article) (1).

L'observation par laquelle nous débutons doit cette faveur uniquement au siége de l'obstacle; le diagnostic a été incomplet et la description n'en est pas irréprochable, témoin la lacune relative à l'état de l'hymen et l'assertion par laquelle elle se termine. Pour le dire en passant, celle-ci est erronée au point de vue physiologique, puisque les femmes à double utérus ne sont pas plus que les autres prédisposées aux grossesses gémellaires.

Obs. IV. — *Utérus bicorne avec vagin double. — Imperforation du vagin gauche. — Incertitude du diagnostic. — Ponction. — Guérison.*

Une fille de 15 ans, robustement charpentée, mais au teint pâle, a été réglée depuis un an. Après trois menstruations régulières, il se manifesta une tumeur aux parties génitales, en même temps qu'il survint des douleurs dans le bas-ventre, les reins et le bassin, de la dyspnée, et des tiraillements dans les membres inférieurs. Ces douleurs qui s'accroissaient à l'époque de la menstruation devinrent de plus en plus fortes et affaiblirent la malade au point qu'elle dut garder le lit.

Huit semaines environ après la première apparition de la tumeur, hémorrhagie utérine qui amena de l'amélioration; les douleurs concassantes du bas-ventre se calmèrent, mais à peine eut-elle quitté le lit qu'elles reparurent et avec elle la tumeur qui augmentait de plus en plus. Tous les deux ou trois jours, des hémorrhagies se manifes-

---

(1) Voir no d'avril, p. 276.

taient mais sans apporter de changement. Au contraire, la patiente devint de plus en plus anémique ; elle se plaignait d'un serrement à la région du cœur, d'un serrement et de tiraillements dans les reins, le bassin, et à la partie interne des cuisses. La marche, la position assise, sont devenues douloureuses, et l'expulsion des urines est difficile, surtout le matin au réveil. Les hémorrhagies reparaissent au moindre mouvement.

Entre les grandes lèvres est l'extrémité arrondie d'une tumeur fortement fluctuante, enveloppée d'une muqueuse normale et saine, indolore à la pression, à reflet bleuâtre, qui siége sur le côté gauche et se prolonge dans toute l'étendue du vagin. A l'entrée du vagin, elle s'était avancée jusqu'à la partie interne de la petite lèvre réduite à un filet mince, haut au plus d'une ligne, et bordant, en dehors, la tumeur. Celle-ci a le volume d'un petit œuf de poule et se limite à droite au-dessous du méat uréthral. Vers le milieu du vagin, elle s'amoindrit, puis, augmentant au niveau du fond, atteint le volume qu'elle avait à l'entrée.

A droite de la tumeur cylindrique, le doigt peut être engagé mais il n'arrive point au col ; dans le sommeil chloroformique, on le trouve sous forme d'une petite fente, entourée de lèvres très-minces, dentelées, et faisant dans le vagin une saillie de 3 millimètres au plus. Par le fait de la tumeur existant à gauche, le col était comprimé et tiré de telle sorte, que son bord latéral était plus haut placé que son bord médian fixé à la tumeur. Par le méat, une sonde boutonnée pouvait être introduite dans l'utérus et être sentie à travers les parois de l'abdomen. Il n'y avait donc ni hypertrophie, ni tumeur utérine. On ne pouvait davantage penser à un kyste sanguin de nouvelle formation, car la tumeur s'étendait en bas et en haut ; on ne pouvait hésiter qu'entre une hématocèle périutérine et périvaginale et une atrésie du vagin gauche, coïncidant avec un utérus double avec rétention des menstrues dans la moitié fermée. *Entre ces deux états morbides, je n'osai pas me prononcer.*

Malgré cette incertitude, on pratiqua une incision longue de 1 pouce sur la partie la plus inférieure de la tumeur et après avoir franchi une paroi épaisse d'un millimètre, on arriva dans une cavité de laquelle s'écoulèrent 6 onces d'un liquide noirâtre et visqueux. La tumeur se vida et laissa à sa place un canal admettant le doigt à l'extrémité duquel était une petite saillie presque ronde, munie d'une ouverture arrondie. Ce second méat utérin pouvait loger un pois et était limité par des lèvres plus épaisses et plus saillantes que celui de droite. On pouvait simultanément introduire les deux doigts de la main droite dans les deux vagins, atteindre en même temps les deux méats et constater leur parfait isolement par une cloison résistante.

L'opération, très-bien supportée, ne fut pas suivie de fièvre. Pen-

dant huit jours, il s'écoula par là une petite quantité de liquide sanguinolent : quant à la plaie d'incision elle suppura plus longtemps. Dans la suite, le teint anémique a disparu, la menstruation est survenue sans douleur, mais l'ouverture s'est, par le fait de la cicatrice, rétractée au point qu'il faut une certaine violence pour arriver dans le vagin. *Je crois contre-indiqué de l'élargir, car en le faisant, on rendrait possible une double grossesse.* (Gustav Simon de Rostock. *Mon. für Geburtsh*, t. XXIV, p. 292 ; t. XXVII, p. 417 ; t. XXVIII, p. 80.)

L'obstacle placé ici à l'extrémité inférieure du vagin se trouve plus généralement occuper la partie médiane de ce canal, soit à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, soit à la réunion de celui-ci avec le tiers supérieur. Si, dans la précédente observation, il peut être interprété comme un défaut de résorption de la portion centrale de l'hymen, dans celle qui suit et ses analogues il s'explique par un arrêt survenu au moment où la canalisation s'effectue.

Obs. V. — *Utérus duplex bicornis avec méats séparés et double vagin. — Imperforation du vagin droit à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen. — Accidents remontant à trois ans. — Opération. — Rétrécissement de l'ouverture. — Nouvelle opération suivie de guérison.*

A... S..., âgée de 16 ans, forte et bien constituée, fut, à sa treizième année, réglée pour la première fois avec des accidents syncopaux ; après une suppression de trois mois, les menstrues reparurent d'une façon régulière mais en s'accompagnant de douleurs qui, au début médiocres, devinrent plus tard violentes. Jusqu'à la quinzième année, les douleurs étaient intermittentes et reliées aux époques, mais depuis ce temps elles sont devenues continues avec des exacerbations mensuelles. Concurremment, le sang, d'abord rouge et de quantité normale, devint pâle et de moins en moins abondant.

La dernière époque s'est accompagnée de phénomènes insolites ; les douleurs ayant leur siége à l'hypogastre et au sacrum prennent de temps en temps le caractère de véritables contractions utérines, dysurie incessante, ténesme anal répété ; frissons suivis ou précédés de chaleur ; trismus durant une heure ; vomissements violents, coma et délire.

Le 4 mars 1872, région hypogastrique anormalement bombée du côté droit et sensible à la pression ; organes génitaux externes normaux ; hymen intact. A la limite du tiers inférieur du vagin, le doigt est arrêté par une tumeur développée à droite, laquelle a en tout le volume d'un citron et se termine par un petit appendice libre. Dans

le tiers supérieur du vagin, la circonférence de la tumeur devient plus petite et forme une espèce de col allongé au niveau duquel on ne peut rien reconnaître de prime abord. Un examen plus soigné fait constater à travers la paroi une ouverture superficielle analogue à une morsure de sangsue comme ciselée dans le col cylindrique et regardant du côté gauche. La partie inférieure de la tumeur donne une sensation de fluctuation, la supérieure offre, au contraire, une consistance élastique. L'examen bimanuel démontre l'existence d'une tumeur non exactement circonscrite dans le côté droit de l'hypogastre, et le toucher rectal celle d'un organe petit et délié, allant du centre à gauche. Le 6 mars, après avoir évacué le rectum et la vessie, endormi la malade, un nouvel examen établit la continuité de la tumeur vaginale avec celle de l'hypogastre et démontre que la corne gauche s'écarte à angle aigu de la tumeur. Sans plus tarder, incision de 2 centimètres sur la partie la plus volumineuse de la tumeur, le *retentum* s'écoula à jet continu pendant dix minutes, puis il y a des interruptions et des retours précédés de contractions utérines manifestes. L'écoulement persista pendant huit jours sans fièvre ni troubles particuliers. L'examen fait alors par l'ouverture artificielle montre une portion vaginale, courte, encore béante dans l'étendue de 2 centimètres ; la corne correspondante a diminué de moitié, mais elle est encore si sensible qu'on ne pousse pas plus loin les investigations. A raison de cet état et d'un écoulement puriforme, jaune brun, strié parfois de sang, injection vaginale d'acide pyroligneux et bains de siége quotidiens.

20 mars. Après deux frissons suivis de chaleur de courte durée, la menstruation s'établit et dure une semaine. L'hémorrhagie s'est effectuée uniquement par la corne gauche ; de temps en temps il s'y mêle un peu de pus chassé du vagin droit par une contraction médiocrement douloureuse.

3 avril. L'ouverture artificielle, rétrécie graduellement, n'admettant plus qu'un stylet, on fait sur la cloison une perte de substance de la grandeur d'une pièce de 10 centimes : il s'ensuit la sortie d'un liquide ichoreux qui est remplacé bientôt après par une sécrétion normale. A la suite et malgré une métrorrhagie provoquée par un excès de fatigue, guérison définitive. (W. A. Freund. *Beitraege zur Geburtshulfe.* Berlin, 1872, t. II, p. 31.)

A raison des différences de siége et d'épaisseur de l'obstacle, la coloration violacée de la tumeur n'est plus appréciable, mais dans ce cas comme dans les analogues, la tumeur reste localisée à l'un des côtés du vagin, le cul-de-sac supérieur du vagin n'existe que d'un côté, la portion vaginale du col déjetée laté-

ralement a une position excentrique et le méat utérin a une ouverture en fer à cheval ou allant d'avant en arrière.

Freund relate encore une autre observation, mais comme elle diffère seulement de la précédente par le siége de l'obstacle qui était plus haut placé, par la date de la menstruation qui remonte à quatre ans, par une périmétrite survenue après la première opération, elle sera laissée de côté. D'autres, du reste, auraient des droits égaux à être reproduites, mais dans l'impossibilité de les faire connaître dans l'intégralité de leurs détails, on voudra bien se contenter de la suivante relative à une malade suivie pendant plusieurs années.

Obs. VI. — *Utérus duplex bicornis; hématomètre de la corne gauche. — Ponction répétée trois fois. — Péritonite modérée. — Guérison. — Trois grossesses. — Corne et ovaire du côté gauche constatés pendant la grossesse dans une hernie inguinale.*

Une fille de 20 ans, robustement constituée, est réglée depuis un an mais irrégulièrement, environ toutes les cinq ou six semaines. L'hémorrhagie, le plus souvent assez forte, dure quatre à cinq jours et s'accompagne de petits caillots. Dès la première époque, sont survenues des douleurs dans le bas-ventre qui vont en augmentant et qui, peu à peu, ont acquis une intensité insupportable. A la marche circonspecte de cette fille, à la projection du tronc en avant, on peut apprécier la violence des douleurs : au moment de la crise, on dirait qu'elle a les maux de l'enfantement. La dernière menstruation avait cessé depuis trois jours ; elle avait eu quatre ou cinq jours de durée.

Le ventre est souple dans toute son étendue, seulement dans la région hypogastrique gauche, les parois font en un endroit limité une saillie remarquable. Par le palper, tumeur sphérique, bien circonscrite, du volume d'un utérus au troisième ou quatrième mois de la grossesse. Cette tumeur commence juste au côté gauche de la ligne blanche, atteint jusqu'à l'épine antéro-supérieure et dépasse en haut le ligament de Poupart de cinq travers de doigt ; en bas elle descend dans le petit bassin. Le bord gauche est complètement distinct et la tumeur n'a aucune relation avec les parties molles de la fosse iliaque. La surface de la tumeur est un peu irrégulière, et montre quelques saillies dont la plus grande proémine à travers les parois de l'abdomen ; elle est médiocrement sensible et peut sans grande douleur être portée à droite dans l'étendue de deux doigts. Sa consistance est partout élastique.

L'hymen manque. Le toucher constate une tumeur, qui remplit la plus grande partie de la cavité pelvienne et représente une sphère

unique sans saillie. La paroi antérieure du vagin est remarquablement courte et a seulement 25 millimètres de l'entrée de la vulve à la tumeur. Un méat utérin est recherché sans succès. En allant en arrière, on trouve inséré en divers endroits de la tumeur un pli délié qui est très-marqué en arrière et à droite. A l'endroit où il est le plus sensible, il donne une sensation analogue à celle fournie par les bords du méat utérin après l'accouchement. A un examen ultérieur, le pli se trouva en arrière et en haut coupé dans un endroit long de 12 millimètres; le doigt pouvait s'engager ici en exécutant des mouvements de foret. La sonde utérine pénètre à 30 millimètres et ultérieurement à 45 millimètres dans une direction analogue à celle de la cavité de l'utérus mais plus inclinée en arrière et à droite. Nulle autre part, à l'exception de ce qui vient d'être décrit, il n'y a indice de portion vaginale ni de méat utérin. Toute pression exercée sur la tumeur hypogastrique est transmise au doigt placé à l'intérieur du vagin et *vice versa*. La résistance de la tumeur pelvienne était du reste élastique au plus haut degré, et à un endroit plus en avant du bord postérieur du pli ci-dessus décrit, il existait une fluctuation manifeste.

On pensa tout d'abord à une tumeur de l'ovaire, mais l'engagement de la tumeur dans le petit bassin, l'absence de la portion vaginale et la manière d'être du méat non moins que la marche clinique de l'affection firent écarter cette pensée. On ne pouvait hésiter qu'entre l'hématocèle et l'hématomètre. Contre l'hématocèle on avait à faire valoir avec l'état objectif, la marche chronique de l'affection s'accompagnant de douleurs de plus en plus croissantes. Au contraire l'énorme épanouissement de la tumeur, sa situation dans le segment antérieur et gauche du bassin, sa forme régulièrement sphérique dans le vagin, l'absence de tumeur à droite ainsi que le rapport curieux du méat conduisaient à l'idée d'un hématomètre développé dans la corne gauche d'un utérus bicorne.

12 juillet. Ponction avec un trocart droit de la partie antérieure de la voûte du vagin; écoulement de 30 à 60 grammes de sang noir, théiforme, qui s'arrête vers le milieu du jour.

Après avoir essayé de retrouver l'ouverture de la ponction, nouvelle ponction, le lendemain, qui ne donne rien; en conséquence, troisième ponction qui amène 30 grammes de sang. Afin de maintenir l'ouverture, on substitue au trocart une corde à boyau. Le lendemain, douleurs dans la région de la tumeur; sensibilité à son fond; un vomissement; pas de fièvre. La corde à boyau est retirée; la sonde utérine introduite fait sortir quelques tasses à thé de sang noir, à odeur putride. A la suite, péritonite modérée accompagnée d'une fièvre médiocre, guérie seulement au quatorzième jour. Au 31 juillet, tumeur plus petite qu'avant, mais ayant le volume des deux poings, parois abdominales faisant moindre saillie.

Quatre mois après la ponction, la santé était florissante ; la menstruation était revenue seulement une fois et n'avait pas été très-abondante. L'écoulement mucoso-purulent n'a cessé que depuis quatorze jours ; quant à la tumeur, elle n'a pas diminué de volume ; l'endroit de la ponction n'est pas appréciable.

Revue six ans après, le 27 mars 1869, elle n'a plus éprouvé les douleurs antérieures, mais il lui est survenu une hernie inguinale gauche. Mariée, elle est accouchée en septembre 1865 d'un enfant vivant venu par les pieds, et en juin 1867, d'un second venu par la face. Dans les intervalles des grossesses — elle se trouve actuellement à l'avant-dernier mois d'une troisième grossesse —la menstruation est régulière, abondante et sans douleur.

L'utérus gravide (corne droite) est moins développé qu'il ne l'est habituellement ; il est presque complètement vide d'eau ; son bord gauche est un peu convexe ; son fond dans le décubitus dorsal est fortement incliné à droite. La portion vaginale est déchirée, médiocrement courte. A l'aine gauche, hernie du volume du poing qui même dans le décubitus ne se réduit pas spontanément. Le contenu en est solide, cependant, il résonne à la percussion ; il consiste en un corps solide, volumineux, long d'environ 80 millimètres, et de moindre largeur ; l'extrémité la plus large repose en bas, et sur cette extrémité et en dehors est quelque chose de plus petit, correspondant à l'ovaire par le volume et la forme. Le ligament ne peut être nettement constaté ; les deux organes sont faciles à réduire mais ils ressortent bientôt après.

Trois semaines après, accouchement si rapide que la sage-femme trouva l'enfant né ; il était venu par le sommet.

Cinq semaines après l'accouchement, la corne droite a effectué son mouvement d'évolution régressive, mais son fond repose à droite de la ligne médiane ; la corne gauche et l'ovaire sont encore dans le sac herniaire avec des anses intestinales. Quand on réduit ces dernières, on sent la corne gauche derrière l'anneau et on peut à l'aide de l'examen bimanuel établir sa connexion avec la portion cervicale de la corne droite. La corne gauche paraît actuellement plus petite qu'avant l'accouchement et elle est toujours flanquée de l'ovaire. (Olshausen. *Arch. f. Gynæk.*, 1870, t. I, p. 41.)

Pour rester fidèle au rôle de traducteur, l'intitulé de cette observation a été reproduit textuellement, mais il est cependant à remarquer qu'il est loin d'être scientifiquement exact. Si l'on veut bien se rappeler que la tumeur vaginale descendait jusqu'à 25 millimètres de l'entrée de la vulve, on n'aura aucune peine à conclure avec nous qu'il s'agit dans le cas particulier d'une

atrésie d'une moitié du vagin et non d'une atrésie de l'un des méats. Nous avons la prétention d'avoir lu tous les cas d'atrésie du col actuellement connus et dans aucun, nous pouvons l'affirmer, la tumeur n'était descendue aussi bas. A côté de cette critique, il convient de signaler une lacune regrettable relative à la manière d'être de la partie supérieure du vagin postérieurement à l'opération. L'ouverture avait-elle persisté à l'état de trajet fistuleux, ou bien s'était-elle oblitérée, c'est ce qu'il eût été extrêmement intéressant de savoir.

Quelque fondées qu'elles soient, ces critiques de détail n'enlèvent cependant à cette observation rien de son intérêt spécial, car elles sont amplement rachetées par les complications survenues ultérieurement. L'élargissement de l'anneau inguinal gauche, l'ectopie de l'ovaire et de la corne correspondants sont des particularités uniques jusqu'à présent. A raison des détails consignés sur ce sujet dans ma monographie sur les *ovaires*, on me dispensera d'insister davantage et on me permettra de clôturer ce paragraphe, par un exemple d'atrésie du col parfaitement diagnostiquée sur le vivant. J'en donne un résumé aussi succinct que possible, car comment rapporter une observation qui dans l'original ne compte pas moins de 23 pages, in-8.

OBS. VII. — *Utérus bicornis infra simplex avec imperforation du méat interne à droite. — Etablissement de la menstruation à 27 ans ; rétention du sang menstruel dans la cavité droite. — Lésion diagnostiquée pendant la vie. — Opération à l'âge de 42 ans. — Mort.*

Eva Pumberg, fille de 42 ans, de taille moyenne, de corpulence médiocre, et d'apparence anémique, a vu à l'âge de 27 ans survenir avec beaucoup de douleur la première menstruation. Depuis, l'écoulement toujours très-faible est revenu à intervalles irréguliers, s'accompagnant de vives souffrances particulièrement dans la région inguinale droite. Les douleurs ayant ce siége existent même hors le temps de la menstruation.

Dans le côté droit du bas-ventre est une tumeur cylindrique dure et résistante, arrivant en haut à trois pouces au-dessus du pubis et débordant dans sa partie inférieure la ligne médiane d'environ un demi-pouce. Cette tumeur, immobile et indolore au contact, a la surface égale et arrondie vers son extrémité supérieure sur laquelle s'insère une autre tumeur du volume d'un petit œuf.

Les organes génitaux externes sont normaux mais flétris ; l'hymen est absent : le vagin a la longueur et la capacité habituelles. A son fond, tumeur demi-sphérique descendant du bassin et remplissant tout l'espace; méat fortement déjeté à droite, et complètement excentrique. De la portion vaginale, il ne reste que les lèvres: on dirait une primipare au début des fortes douleurs. Le méat est un petit enfoncement fermé. La tumeur offre une fluctuation évidente. Au spéculum, le méat est arrondi, virginal et sans portion vaginale.

Par l'examen bimanuel (hypogastre et vagin) on met hors de doute que la tumeur hypogastrique est la continuation de celle sentie par le vagin. Par le toucher rectal on établit que la portion vaginale se fusionne dans cette tumeur. Dans une première tentative, la sonde utérine est arrêtée à 6 millimètres; dans une seconde, en la tournant fortement à gauche et un peu en avant, elle pénètre à la profondeur de 2 pouces et demi et son bouton est perçu à travers les parois abdominales. Portant le doigt dans le rectum, la sonde est sentie du méat jusqu'au fond de l'utérus et l'épaisseur des parois estimée à 4 millimètres tout au plus.

De ces données diverses on conclut: 1o l'utérus est bicorne infra simplex; 2o la corne gauche est ouverte et a fourni les règles; 3o la corne droite fermée est distendue par le sang et constitue la tumeur siégeant à droite.

Le 21 février 1864, menstruation normale, durant trois jours, sans qu'on pût noter une augmentation soit dans la tumeur, soit dans les souffrances.

Le 7 mars, ponction à l'aide d'un trocart dirigé à droite: après avoir retiré le stylet, il se passe deux minutes avant l'écoulement de 100 grammes d'un sang noir, très-épais ; malgré injections aqueuses, on ne put en faire sortir davantage.

La tumeur s'amoindrit sensiblement; vers le fond du vagin elle est presque aussi volumineuse, seulement, la portion vaginale s'est rapprochée du côté droit. Après avoir remis la malade dans son lit, écoulement insignifiant, substitution de la sonde utérine à la canule du trocart, mais comme elle glisse à plusieurs reprises, elle est supprimée au bout de vingt-quatre heures.

Vers le soir, douleurs dans le bassin, élévation de la température de 36°8 à 38°4 ; le lendemain matin elle atteint 39°1 et le soir arrive à 40°2 avec 120 pulsations. Concurremment : gonflement de la partie ouverte, écoulement sanguinolent médiocre, diminution progressive des forces, persistance de la fièvre, disparition de l'appétit et mor dix-sept jours après l'opération.

Autopsie. — Le rein droit fait défaut, le gauche est normal mais plus volumineux que d'habitude. Pas d'exsudats péritonitiques mais adhérences anciennes existant entre l'épigastre et les intestins d'une

part et la corne droite d'autre part. Adhérences nombreuses plus ou moins larges et longues entre utérus, rectum et vessie. En arrière du col et du vagin, nombreux abcès communiquant entre eux, remplis de pus épais, mêlé de tissu cellulaire gangrené et de sang décomposé.

L'utérus bicorne en haut est simple en bas et les deux cornes sont unies entre elles dans une étendue de 28 millimètres.

La corne gauche aplatie d'avant en arrière, et formant avec l'axe du corps un angle de 60° a en longueur 45 millimètres. Les parois sont épaisses de 4 millimètres. Sa muqueuse est tapissée par un mucus ensanglanté et la portion vaginale offre les plis de l'arbre de vie. La trompe et l'ovaire correspondants sont normaux, mais à la surface de ce dernier se trouvent quelques follicules remplis de sang noir.

La corne droite, beaucoup plus volumineuse, a en longueur 97 millimètres et en largeur 47 millimètres ; ses parois épaisses de 27 millimètres au corps et de 8 millimètres à la portion cervicale sont en deux endroits de la paroi postérieure le siége d'une perforation ; l'une, placée à la partie inférieure, admet le petit doigt et conduit à un grand abcès ; l'autre, placée au niveau de l'insertion tubaire, est plus petite et conduit également dans la cavité de la corne. La muqueuse du col, sans trace d'arbre de vie, est épaissie et comme cicatricielle; la cavité du corps est vide mais la muqueuse en est colorée par un mucus sanguinolent de couleur presque noire. L'ovaire et son ligament sont reconnaissables. Quant à la trompe, fortement dilatée, elle est transformée en une tumeur noirâtre figurant un C et dépassant en partie le fond de la corne. Son contenu est du sang épais, visqueux et de couleur brun rouge ; examiné au microscope, on y trouve, avec des corpuscules sanguins, de nombreux corpuscules de pus.

La portion vaginale complètement rudimentaire paraît actuellement placée au centre ; elle est percée d'un méat commun par lequel la sonde arrive facilement dans la corne gauche et dans la corne droite grâce à l'ouverture faite par le trocart. L'obstacle paraît formé uniquement par la muqueuse et se trouve placé à environ 6 millimètres au-dessus du méat externe.

L'examen microscopique des deux cornes démontre avec la plus grande facilité des fibres musculaires lisses.

Les autres viscères de l'abdomen, la poitrine et la cavité crânienne sont sans lésions ou du moins n'offrent à relever que des particularités insignifiantes. (Holst. *Beiträge zur Gynæk*. Tubingen, 1865, page 63.)

Il est regrettable que le résultat n'ait point répondu à l'attente de l'opérateur, mais il est certain que si la netteté du diagnostic, la justesse des déductions devaient toujours assurer le succès, nul plus que le professeur de Dorpat y avait des droits.

Dans l'espèce, le dénouement ne pouvait être que fatal ; la date des accidents de rétention remontant à une quinzaine d'années, la distension de la trompe par le sang, la péritonite advenue prédisposaient d'une façon inévitable à cette terminaison.

Au reste, que l'intervention ait avancé la mort de quelques jours ou simplement qu'elle n'ait exercé aucune influence, cette observation offre un contraste saisissant avec celles qui l'ont chronologiquement précédée ; elle est la première dans laquelle le diagnostic ait été porté pendant la vie et à ce titre elle peut être proposée en exemple et servir d'enseignement. En pareille matière les difficultés ne sont pas insurmontables, mais pour être vaincues, elles réclament un examen des plus minutieux.

Après avoir vidé la vessie par un cathétérisme préalable et le rectum par des lavements répétés, le vagin sera soigneusement exploré par le toucher et par le spéculum et il en sera de même pour le col. Pour plus de sécurité, on y joindra l'exploration par le rectum, mais par-dessus tout, on associera au toucher l'examen abdominal. C'est ce qui a été fait par les observateurs qui sont arrivés au diagnostic et à leur suite, il nous reste à montrer les données précieuses qui en ressortent.

L'examen par le rectum pratiqué d'après la méthode usuelle, donne des résultats confirmant ceux obtenus par le vagin, mais tandis que par le toucher vaginal on est surtout éclairé sur la manière d'être des parties placées dans le segment antérieur de la cavité pelvienne, par le premier on a des renseignements précis sur les modifications subies par le segment postérieur. La face postérieure de l'utérus, le bord interne de la tumeur sont ainsi reconnus et appréciés dans leurs rapports. On peut encore si on a eu la précaution d'introduire une sonde dans la cavité de la corne ouverte sentir celle-ci à travers la paroi de l'organe, enfin si on pratique des pressions sur la tumeur par la paroi abdominale, on peut en constater la transmission au doigt appliqué sur la tumeur et séparé d'elle par l'épaisseur du rectum. Si les données recueillies ainsi étaient insuffisantes ou manquaient de clarté, on pourrait suivant la *méthode de Simon*, introduire plusieurs doigts dans le rectum après avoir préalablement chloroformisé la malade et arriver à préciser

d'une façon plus intime les rapports existant entre la corne distendue par le sang menstruel et la corne restée à l'état de vacuité. On discernerait ainsi la hauteur de la soudure existant entre l'une et l'autre, la manière d'être de la trompe et de l'ovaire, etc., etc., et par suite le diagnostic recevrait un nouvel élément de précision et arriverait à une rigueur en quelque sorte mathématique.

Rares sont les cas dans lesquels il faudra recourir à la méthode de Simon, mais fréquents doivent être ceux où il faut recourir à l'emploi des anesthésiques. L'exploration complète en est singulièrement facilitée et les résultats obtenus en acquièrent une clarté plus grande à raison du défaut de contraction des parois abdominales et de l'immobilité du sujet. On insistera surtout sur l'examen bimanuel : soit qu'il ait lieu par le vagin ou le rectum d'une part et les parois abdominales de l'autre, il remplit parfaitement le but auquel on tend. En exerçant des pressions alternatives sur la tumeur constatée à l'hypogastre et sur celle placée plus ou moins loin de l'entrée du vagin, on arrivera à établir l'intimité de leurs connexions et en voyant les mouvements imprimés à l'une d'elles se transmettre à l'autre avec la plus grande facilité, on en conclura que ces tumeurs distinctes par le siége sont uniques et de même nature.

En résumé, les atrésies portant sur l'une des moitiés du canal génital, alors que l'autre est restée libre, justifient parfaitement l'épithète que je leur ai donnée ; leur symptomatologie est véritablement *complexe* puisqu'il y a en même temps excrétion et rétention des menstrues. L'habileté du médecin consiste à ne point s'en laisser imposer par la première circonstance, et à démêler la seconde au milieu des conditions qui la masquent. Dès le début des accidents, ce n'est pas une chose assurément des plus aisées, mais il est en chirurgie des problèmes plus difficiles encore qui reçoivent cependant leur solution.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

COMPTE-RENDU D'UNE PRATIQUE OBSTÉTRICALE PRIVÉE DE TRENTE-NEUF ANS

Par le Dr Fleetwood Churchill (de Dublin) (1).
Traduit de l'anglais par le Dr A. Leblond.

L'état de ma santé me rendant tout travail de nuit impossible, je considère que ma pratique obstétricale privée, qui embrasse une période de trente-neuf ans, s'est terminée avec l'année 1870. Je me propose maintenant de vous fournir l'exposé de ma pratique, dans l'espoir qu'il pourra avoir quelque valeur comme contribution aux statistiques générales, et peut-être qu'il sera de quelques secours à mes confrères plus jeunes. Il me semble à propos de relater ces faits devant cette Société, parce que j'ai commencé ma vie littéraire avec elle, et parce que le plus grand nombre de mes travaux lui a été soumis. Je ne suppose pas que les résultats de ma pratique soient plus favorables que ceux des autres praticiens, mais leur seul mérite consistera en ce qu'ils ont été consignés au moment où ils se sont produits. Je les ai relevés sous forme de tableau (dont je vous offre ici un exemple), de telle sorte qu'un cas donné pût être recueilli en quelques minutes; une case blanche y étant jointe pour les cas qui demandaient des détails circonstanciés. En faisant le résumé qui va suivre, j'ai trouvé les renseignements plus imparfaits et plus défectueux, dans certains points, que je ne l'aurais désiré; mais comme les faits ont été recueillis au moment où ils se sont produits, et que rien n'a été traité de mémoire, je pense que je dois regarder comme parfaitement exact ce qui s'y trouve consigné.

L'espace de temps compris dans ce compte-rendu commence en janvier 1832, se termine avec le mois de décembre 1870 et embrasse 2547 accouchements. Je ne comprends pas dans ce nombre les accouchements prématurés, avant le septième mois, ni les avortements; de ces derniers je trouve inscrits 140 cas, mais beaucoup ont été omis.

Dans le tableau ci-joint, on trouvera le nombre des accouchements par mois dans chaque année. Par ordre de fréquence, les mois se rangent de la façon suivante : avril, mai, mars, août, juillet, octobre, janvier, décembre, juin, septembre, novembre, février.

(1) Mémoire lu à la Société obstétricale de Dublin et publié dans *The Dublin of med. science*.

Sur les 2547 cas que j'ai notés, je trouve 1290 garçons et 1250 filles: sur ce nombre, il y eut 130 morts pendant la première semaine, ou 11 sur 19 1/2; 16 cas de jumeaux avec 11 morts et 1 cas de trois enfants. Les morts comprennent les cas de travail prématuré, les enfants macérés et les opérations.

	Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Septembre.	Octobre.	Novembre.	Décembre.	Total.
1832	1	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	5
1833	1	1	»	2	»	»	1	1	»	»	1	»	7
1834	1	1	1	»	4	»	1	2	»	»	2	»	12
1835	2	4	»	»	2	»	»	1	2	1	1	2	15
1836	2	2	1	1	2	1	»	3	3	»	1	1	17
1837	2	3	»	1	4	1	9	7	3	3	2	6	41
1838	4	4	3	6	4	5	1	3	1	6	3	»	40
1839	»	»	3	3	5	5	5	7	3	5	10	3	49
1840	7	4	6	4	6	6	8	3	2	6	3	4	59
1841	5	6	8	6	1	4	4	7	5	4	2	2	51
1842	2	5	6	10	6	1	1	8	7	6	4	5	61
1843	5	3	6	8	8	7	4	4	7	3	4	6	65
1844	6	5	6	6	6	6	6	6	4	2	3	10	66
1845	4	2	7	13	9	4	4	5	9	3	6	8	74
1846	5	5	5	11	4	3	5	9	7	5	9	4	72
1847	6	5	6	4	6	5	3	9	10	7	8	5	74
1848	9	6	7	8	11	2	7	6	8	10	9	7	90
1849	3	8	10	4	4	2	7	2	9	4	7	8	68
1850	5	5	5	6	5	6	7	13	9	7	4	8	80
1851	4	2	5	7	4	5	9	5	8	5	9	8	71
1852	6	3	7	6	12	4	11	5	4	8	3	5	74
1853	10	6	12	5	8	6	6	6	4	9	4	5	81
1854	9	11	4	7	6	6	8	2	9	8	3	11	84
1855	7	4	7	8	5	8	5	11	8	6	7	6	82
1856	7	5	7	9	6	10	4	10	7	9	2	7	83
1857	8	6	5	7	3	8	5	3	9	7	9	7	77
1858	10	4	6	7	8	8	20	8	4	7	8	9	99
1859	7	4	9	7	1	5	7	9	8	7	13	6	83
1860	7	5	10	14	17	6	4	9	7	6	11	12	106
1861	12	9	5	10	8	10	12	6	5	9	5	8	99
1862	5	7	12	10	14	11	6	9	3	6	5	5	93
1863	10	8	11	8	9	13	12	7	6	5	5	3	97
1864	6	6	10	8	8	8	3	6	2	6	7	7	77
1865	3	4	9	11	12	8	8	7	4	10	8	5	91
1866	5	9	7	8	5	6	7	9	7	13	3	7	86
1867	10	8	6	1	3	3	5	4	6	5	4	8	63
1868	7	7	6	7	8	7	5	8	2	6	4	1	65
1869	4	4	7	5	5	5	9	2	3	2	4	2	52
1870	1	2	2	5	5	3	0	2	1	3	3	5	32
	208	183	227	243	234	198	219	227	196	210	196	206	2.547

Quant à la durée du travail, je trouve que, sur ces 2547, il y en eut 47, ou 1 sur 54 1/2, dans lesquels la durée totale du travail fut de

24 heures, mais il n'y eut pas de mort parmi ces cas; que sur 161 cas, ou 1 sur 16, cette durée fut de 12 à 24 heures, avec 2 décès, 1 par phthisie survenu peu de jours après la délivrance.

Si l'on cherche à découvrir quelle a été la longueur de la seconde période du travail, on ne peut en fixer d'une façon précise le début. Je prends comme règle générale la rupture des membranes, laissant de côté d'ailleurs tous les cas dans lesquels je trouve que cette rupture s'est produite au commencement du travail. En prenant cette limite, je trouve que cette seconde période a été de 4 heures dans 54 cas, de 5 heures dans 36, de 6 heures dans 12, de 7 heures dans 20, de 8 heures dans 5, de 9 heures dans 4, de 10 heures dans 4, et d'environ 10 heures dans 7 cas. Je ne trouve pas un seul cas de mort parmi les femmes qui ont présenté une si longue durée de cette seconde période; mais je dois confesser, en toute honnêteté, que dans quelques cas, avec mon expérience actuelle, j'appliquerais beaucoup plus tôt le forceps afin d'éviter une si longue durée du travail.

Quant à ce qui est du temps qui s'est écoulé entre la naissance de l'enfant et l'expulsion du placenta, ce qui constitue le troisième temps du travail, je trouve la relation de 2387 cas. Je trouve que dans 1965 cas, il a été de 5 minutes; dans 278, de 10 minutes; dans 61, de 15; dans 25, de 20; dans 27, de 30 minutes, et dans 8 cas, de 1 heure. Je trouve noté, pour la plupart de ces derniers cas, que je n'étais arrivé qu'un certain temps après la sortie de l'enfant.

J'ai rencontré seulement 3 cas d'hémorrhagie post-puerpérale avec 1 seul décès.

Dans 10 cas l'extraction artificielle du placenta fut nécessitée, pour différentes raisons, telles que l'hémorrhagie, des contractions irrégulières et des adhérences morbides.

Il m'est peut-être permis de faire remarquer que beaucoup des cas dans lesquels une si longue durée s'est rencontrée, se produisirent dans les premières années de ma pratique, avant que j'eusse été à même de connaître et d'apprécier la valeur de la pression pour déterminer l'expulsion du délivre de l'utérus jusque dans le vagin.

Si l'on presse assez énergiquement l'utérus et si on l'excite aussitôt après l'expulsion de l'enfant, et si l'on continue cette manœuvre pendant quelques minutes, on diminuera soudainement le volume de l'utérus et le placenta tombera dans le vagin, d'où on pourra l'extraire facilement. La force employée pour produire cette pression ne sera jamais excessive, et ne devra jamais être assez forte pour produire des désordres. Plus de vingt ans d'expérience m'ont démontré, non-seulement son efficacité, mais aussi sa sûreté. Je n'ai jamais vu l'hémorrhagie survenir après cette pratique.

Dans quelques cas rares, cependant, elle peut échouer, et alors nous devons attendre que la contraction utérine se réveille ou que les au-

tres circonstances nous montrent la nécessité d'une intervention ultérieure.

Dans 2298 cas, j'ai mesuré la longueur de la partie du cordon attachée au placenta, dans 7 cas, elle était de 14 pouces (1); dans 17, de 16 p.; dans 7, de 17 p.; dans 291, de 18 p.; dans 129, de 19 p.; dans 769, de 20 p.; dans 212, de 21 p.; dans 417, de 22 p.; dans 7, de 23 p.; dans 99, de 24 p.; dans 4, de 26 p.; dans 13, de 28 p.; dans 11, de 30 p.; dans 1, de 32 p.; dans 11, de 36 p.; dans 3, de plus de 40 p. — Dans un cas, le cordon avait atteint 56 pouces de longueur et s'enroulait autour du cou et du corps de l'enfant.

A ces diverses longueurs, on doit ajouter le pouce ou les deux pouces du cordon qui restent attachés à l'enfant, et l'on aura alors la longueur exacte e comparative de celui-ci.

Je n'ai jamais vu de cordon assez court pour occasionner des accidents ou pour obliger à le couper avant la naissance de l'enfant. Dans la plupart des cas où le cordon a une certaine longueur, l'enroulement autour du cou est commun, et, je pense, d'autant plus fréquent, que la longueur du cordon est plus grande. Cet enroulement a pour conséquence inévitable de diminuer les chances de prolapsus. Le cordon le plus long que j'ai vu n'était pas procident, probablement parce que son excès de longueur était employé à entourer le cou, le corps et les bras de l'enfant.

Pour compléter ce que j'ai à dire du cordon, je vais énumérer le temps qui s'est écoulé jusqu'à la chute de la partie restée adhérente à l'enfant, sur un total de 1528 cas. Cette chute se produisit le troisième jour, dans 5 cas; le quatrième, dans 52; le cinquième, dans 407; le sixième, dans 710; le septième, dans 307; le huitième, dans 29; le neuvième, dans 9; le dixième, dans 6; le onzième, dans 2 cas, et le douzième, dans 1 cas.

Je ne sais si un détail aussi insignifiant a la moindre importance pratique, mais il est toujours bon de connaître les faits qui sont rapportés exactement, et c'est certainement le moyen de donner plus de valeur aux notes consignées dans les tableaux, que d'y accumuler le plus de faits possible.

Je vais maintenant parler des présentations sur 2565 enfants.

J'ai observé :

6 présentations des extrémités supérieures, ou 1 sur 427, avec 3 mort-nés et un enfant macéré;

49 présentations des fesses, en y comprenant les cas de travail prématuré, ou 1 sur 52 1/2. Parmi ces cas, j'ai rencontré 16 mort-nés et 7 enfants macérés. Je suis heureux de trouver que, à mesure que je gagnai de l'expérience, je perdis moins d'enfants dans ces

(1) Le pouce anglais équivaut à 0 mètre 0,0254.

sortes de présentations. La plupart des décès survinrent dans les premiers jours;

18 présentations du pied ou du genou, ou 1 sur 142 1/2, avec 9 enfants mort-nés, sur lesquels il y en eut 6 de macérés;

4 présentations de la face, sans aucune mort;

21 cas de présentation du front en avant, sur lesquels j'eus 2 morts;

6 cas de prolapsus du cordon, avec 4 mort-nés. Dans un cas, la craniotomie ne fut pratiquée qu'après que les battements du cœur avaient cessé. Dans deux autres cas, le cordon procident était accompagné du pied; une fois l'enfant était macéré.

7 cas dans lesquels la main ou le bras vinrent avec la tête. Tous les enfants vécurent;

1 cas dans lequel le pied et la main se présentèrent; le travail s'était établi prématurément et l'enfant était macéré;

Dans 1 cas l'évolution fut spontanée. L'enfant fut du reste perdu.

Je ne dois pas regretter que cette liste ne contienne pas les cas de travail prématuré avant le septième mois, car nous savons tous que les présentations anormales sont bien plus fréquentes que lorsque le temps de la gestation est complet.

Quant aux complications (*complex labour*), je trouve:

1 cas de convulsions; la mère et l'enfant moururent;

5 cas d'hémorrhagie accidentelle (*accidental hæmorrhage*), deux fois les enfants et une fois la mère moururent;

2 cas d'hémorrhagie inévitable (*unavoidable hæmorrhage*); les deux enfants furent perdus, mais les mères se rétablirent;

1 cas d'hémorrhagie interne avant la naissance de l'enfant; ce dernier mourut, mais la mère fut sauvée;

1 cas d'hémorrhagie *post-puerpérale*, fatale à la mère;

1 cas de rupture de l'utérus; la femme mourut dans l'espace de vingt minutes et l'enfant périt également;

J'ai eu un très-petit nombre de déchirures du périnée; mais, dans aucun cas, le sphincter anal ne fut intéressé. Depuis quelques années je porte toujours sur moi des aiguilles à sutures et du fil d'argent, et, dans trois cas de déchirure, je pratiquai immédiatement la suture et la blessure guérit pendant le temps que les femmes mirent à se rétablir. Ces femmes eurent des enfants depuis; le périnée, qui était parfaitement reformé, ne se déchira pas de nouveau;

8 fois le prolapsus du cordon, cinq fois les enfants moururent, une fois l'enfant était macéré;

3 cas de manie puerpérale; deux des mères se rétablirent, une succomba.

J'ai maintenant à vous entretenir des *opérations* que j'ai jugé à propos de pratiquer et des résultats qui les ont suivies.

I. La *version* fut pratiquée dans 7 cas, ou 1 sur 363 1/2, avec un succès complet quant aux mères.

Dans 5 cas elle fut nécessitée par la présentation de la main, du bras ou de l'épaule; deux enfants ont été extraits vivants, trois mort-nés, un macéré.

Dans 2 cas de prolapsus du cordon, la version fut pratiquée en vue de sauver l'enfant, mais ce fut en vain.

Dans 1 cas, il existait un rétrécissement du bassin. L'enfant fut extrait vivant, mais il mourut plus tard.

Durant cette même période de ma pratique, j'ai eu en consultation 16 cas de version; une fois la mère mourut de fièvre puerpérale, toutes les autres furent sauvées. Douze enfants furent perdus, sept étaient morts avant l'opération et, dans quelques cas, ils n'étaient pas à terme.

II. J'ai fait 42 *applications de forceps*, ou 1 sur 60 1/2, et j'ai eu 3 cas de morts, ou 1 sur 14, pour les mères; une par paralysie cardiaque, comme je le pense, et deux par métrite. Quatre enfants vinrent mort-nés.

33 cas étaient des exemples		de travail inefficace;
1 »	»	d'hémorrhagie interne. L'enfant vint mort-né;
5 »	»	de présentation du front en avant;
1 »	»	de prolapsus du cordon. Enfant mort:
1 »	»	de phthisie;
1 »	»	de convulsions. Enfant mort.

Dans 24 cas, je trouve que les femmes étaient à leur premier accouchement; mais il y en a peut-être un plus grand nombre, car la colonne où ce fait doit être mentionné n'est pas remplie pour tous les cas.

Pendant la même période, j'ai appliqué 80 fois le forceps en consultation.

Dans un cas, la femme mourut de péritonite; dans un autre cas, la patiente était à l'article de la mort quand la délivrance eut lieu. Cinq fois les enfants étaient mort-nés, quatre fois ils moururent peu de temps après la naissance.

III. 7 cas de *craniotomie* sont consignés dans mes notes, ou 1 sur 363.

Deux fois j'ai eu recours à cette opération pour des hémorrhagies accidentelles. Les deux femmes étaient primipares, et la perte sanguine était excessive. L'une d'elles se rétablit parfaitement; quant à la seconde, j'avais été appelé par hasard et je ne l'avais pas vue précédemment; je la trouvai presque mourante d'hémorrhagie lorsque je fus appelé sur la demande de feu le Dr C. Johnson, je fis la déli-

vrance le plus vite possible, mais elle ne se ranima pas. Il n'y eut pas le moindre doute que l'hémorrhagie avait fait périr l'enfant.

L'opération fut exécutée :

Dans un cas de convulsions, en vue de sauver la mère. Mais celle-ci mourut néanmoins;

Dans un cas de rétrécissement, après que le Dr Beatty et moi nous eûmes échoué avec le forceps; nous nous résolûmes alors à pratiquer la craniotomie, et avec d'autant moins d'hésitation que le second temps de l'accouchement avait été très-long et que la pression considérable qui existait laissait peu d'espoir d'obtenir l'enfant vivant. La mère se rétablit parfaitement;

Dans un cas de viciation du bassin, après avoir tenté la version qui avait échoué. La mère fut atteinte ensuite de *phlegmatia dolens* et mourut à la campagne;

Dans un cas de travail inefficace, et après que le cordon en prolapsus avait cessé de battre. La mère se rétablit;

Dans un cas de travail inefficace dans lequel les battements du cœur, qui avaient été perfaitement entendus, avaient cessé d'être perçus. La mère se rétablit.

Je dois avouer que je fus quelque peu surpris lorsque je comptai ces nombres. Je me suis trouvé, comme vous le savez, appelé plus d'une fois pour justifier l'emploi de la craniotomie, même lorsque l'on a constaté que l'enfant est vivant, pourvu toutefois qu'il ait été reconnu que la femme ne pouvait être délivrée par aucun autre des moyens que nous possédons, et pourvu que la mère pût être sauvée par cette pratique. Cependant je dois aussi soutenir et j'ai toujours enseigné que notre but devait tendre à recourir à cette opération le moins souvent possible, et cela en ayant soin de recourir plus tôt et plus souvent à l'emploi du forceps. Ce compte-rendu montre que, pendant que j'ai eu recours, dans ma pratique privée, au forceps, 42 fois, je n'ai pratiqué la craniotomie que 7 fois, et, dans 3 cas seulement, il existait des doutes sur la mort de l'enfant; dans deux de ces trois cas, la vie ou la mort de l'enfant ne devait pas entrer en considération, puisque nous n'avions pu réussir à pratiquer la délivrance par les autres moyens qui sont en notre pouvoir. En notant la mortalité après toutes les opérations obstétricales, quelles qu'elles soient, nous ne devons pas oublier que, dans beaucoup de cas la mort résulte, à peine ou pas du tout, de l'opération, mais des causes qui ont rendu cette dernière nécessaire.

Je souscris presque complètement à l'observation qui a été présentée par notre président, dans son discours inaugural, que l'on ne devrait jamais pratiquer une opération sans avoir, au préalable, une consultation, quand toutefois il est possible de l'obtenir, ou seulement quand des raisons spéciales ou l'urgence forcent d'y renoncer. Je ne

me suis jamais soustrait à cette obligation et je suis sûr que ces cas exceptionnels ne dépassent pas le nombre de six.

Pendant la même période j'ai eu en consultation 31 cas de craniotomie; mais je n'ai aucune note en ce qui concerne la mort des femmes. Dans 30 cas l'enfant était mort avant l'opération et il n'y avait à cet égard aucun doute.

Maintenant je vais parler de la *mort des mères*, et je suis fâché de dire que sur 2547 accouchements, j'ai eu 17 décès, ou 1 sur 149 3/4. Je n'ai pas compté dans ce nombre un cas où la femme, déjà malade, quitta la ville après avoir été délivrée par la craniotomie, après une tentative de version infructueuse. Elle eut une attaque de *phlegmatia dolens* qui entraîna la mort. Il est juste cependant de mentionner le fait.

Sur ces 17 cas, 8 seulement, je pense, doivent être attribués à la fièvre puerpérale, ou 1 sur 318. L'énumération suivante est un exposé succinct de tous les cas.

1. Primipare, travail facile; début des accidents le troisième jour, mort le huitième; habitante de la ville. Enfant vivant.

2. Habitante de la ville, travail facile, primipare; début des accidents le neuvième ou le dixième jour, mort le seizième. Enfant vivant.

3. Habitante des faubourgs, travail facile, primipare; début des accidents le huitième jour, mort le quatorzième. Enfant mort d'érysipèle.

4. Habitante des faubourgs, travail facile, primipare; début des accidents le troisième jour, mort le huitième. Enfant vivant.

5. Habitante des faubourgs, travail facile, primipare; début des accidents le troisième jour, mort le huitième. Enfant vivant.

6. Troisième enfant, travail facile, exposée tout particulièrement à la contagion de la fièvre puerpérale; début des accidents le troisième jour, mort le neuvième. Enfant vivant.

7. Habitante de la ville, primipare, travail facile; début des accidents le troisième jour, mort le huitième ou le neuvième. Enfant vivant.

8. Habitante de la ville, primipare, travail facile; début des accidents le cinquième jour, mort le douzième. Enfant vivant.

Je pense que ce sont là tous les cas de fièvre puerpérale qu'il m'ait été réellement possible de distinguer des autres formes de l'inflammation. Deux de ces cas se présentèrent en même temps, lorsque la maladie était épidémique dans la ville. Deux autres, lorsqu'elle existait à *Rotunda hospital;* mais à des époques et dans des années différentes.

9. J'ai observé un cas de métrite simple, accompagnant la déli-

vrance avec le forceps. La maladie commença le troisième jour et se termina fatalement le dixième. La femme était primipare.

10. Primipare, travail facile; manie puerpérale le troisième jour; mais, bien que cet état se fût amélioré, la métrite concomitante détermina la mort. Enfant vivant.

11. Pluripare atteinte de phlegmon diffus du dos et des bras, apparemment dû à une blessure du pouce reçu avant l'accouchement. C'est d'ailleurs l'opinion du Dr Kirby, lequel a publié le cas.

12. Pluripare. J'ai été appelé accidentellement, pour ce cas, à cause d'une hémorrhagie accidentelle très-abondante, résultant apparemment des efforts de vomissement. La patiente était *in extremis* quand je la vis pour la première fois, et, sur les conseils de feu le Dr Charles Johnson, j'extrayai l'enfant avec le crochet, et opérai la délivrance, mais elle ne se remit pas.

13. C'est le seul cas d'hémorrhagie *post partum* que j'aie eu; le travail fut facile et court; alors survint l'hémorrhagie; une portion du placenta présentait une adhérence morbide, et il avait été nécessaire de l'extraire. L'hémorrhagie avait cessé en apparence; mais, mandé quelques heures plus tard, je trouvai une hémorrhagie interne. La malade mourut.

14. Pluripare. Léger rétrécissement du bassin. Les douleurs furent très-fortes, et, tandis que j'attendais la fin de la délivrance, la malade s'écria tout à coup que son cœur s'était rompu, et elle mourut, sans être délivrée, dans l'espace d'une demi-heure. L'examen cadavérique montra une large déchirure transversale du côté gauche, ayant intéressé le col.

15. Pluripare. Elle fut atteinte de convulsions graves au commencement du travail. Sur les instances du Dr C. Johnson, j'eus recours à la craniotomie, qui me paraissait la seule chance de salut en hâtant la délivrance; mais les accès continuèrent et elle mourut.

16. Pluripare. A cause de la lenteur du second temps, je terminai l'accouchement par une application de forceps, avec une facilité relative. L'enfant fut extrait vivant; une heure après je quittai la patiente, qui paraissait fort bien. La perte ne fut pas plus abondante que cela n'a lieu d'habitude. Deux heures plus tard, je fus appelé en toute hâte, et j'arrivai au moment où la malade expirait. Je fis un examen attentif, mais je ne pus découvrir d'hémorrhagie, soit interne, soit externe. Il n'y eut point d'autopsie. Je puis seulement conjecturer qu'il y eut une paralysie cardiaque ou une asphyxie idiopathique.

17. Ce cas fut indiqué comme étant une scarlatine; mais, d'après ce que j'ai vu depuis, je suis persuadé que j'ai eu affaire à un cas de *purpura hæmorrhagica* fébrile, ou de fièvre typhoïde, maladie qui régnait épidémiquement quelque temps auparavant. Une éruption ap-

parut vers le troisième jour et prit rapidement l'apparence de macules ; elle s'accompagna de larges taches semblables à des ecchymoses noires, et disséminées çà et là. La mort survint le sixième ou le septième jour.

Pour terminer, j'énumérerai quelques-unes des malformations congénitales que j'ai observées.

1. Un cas de fœtus acéphale.
2. Quelques cas de bec-de-lièvre.
3. Deux ou trois cas de *spina bifida*.
4. Un cas de hernie ombilicale très-prononcée.
5. Un cas où l'enfant présentait six doigts à chaque main et à chaque pied.
6. Un cas d'amputation du bras, qui a été bien décrit par feu le Dr Montgomery.
7. Un cas dans lequel la première phalange de chacun des doigts de pied (excepté celle du pouce) manquait.
8. Cinq ou six cas dans lesquels l'un des pieds ou les deux pieds étaient relevés et couchés au devant du tibia.
9. Un cas de deux pouces à l'une des mains.
10. Deux cas d'imperforation de l'anus, dont l'un a survécu et est encore vivant aujourd'hui.

Je crains, messieurs, de vous avoir ennuyé avec ces détails, qui ne présentent rien de nouveau capable de les recommander à votre attention. Tous les détails qui sont rapportés sont absolument exacts; mais je regrette qu'ils ne soient pas plus complets. Aussi, je voudrais engager nos jeunes amis de prendre l'habitude, non-seulement de consigner les faits dans leurs cartons, dès qu'ils se présentent à leur observation, mais d'y introduire même les détails dont on n'aperçoit pas l'importance sur le moment même. Aucune des circonstances qui ont rapport avec la grossesse, le travail, ou l'accouchement, même lorsqu'elles n'offrent rien de particulier, ne doivent être négligées; car, en rapprochant des faits semblables, les uns des autres, ils peuvent acquérir tout à coup une grande importance et nous aider à résoudre bien des problèmes qui nous embarrassent.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE

TRAITÉE PAR L'ÉPISIORAPHIE (1).

Par le Dr Benjamin Anger,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

M. le Dr Benjamin Anger a pratiqué l'oblitération du vagin au niveau de la vulve pour une vaste fistule vésico-vaginale.

(1) Extrait de la Gazette obstétricale de Paris du 20 avril 1875.

L'opération, qui a été pratiquée il y a plus de six années, a donné un résultat très-satisfaisant.

Voici la relation de ce fait intéressant :

« Au mois de septembre 1867, suppléant M. le professeur Richet dans son service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, je reçus à la consultation une femme âgée de 56 ans depuis longtemps atteinte d'une fistule vésico-vaginale qui est revenue ces jours derniers dans le service pour que nous puissions constater que la guérison datant déjà de plusieurs années s'était maintenue.

« Un premier examen me montra que les urines s'écoulaient sur les fesses et sur les cuisses; ce qui avait déterminé un érythème considérable. Une sonde introduite par le méat urinaire dans le canal de l'urèthre pénétrait dans le vagin, après avoir parcouru une étendue de 2 à 3 centimètres, et la cloison vésico-vaginale manquait par conséquent dans la plus grande partie de son étendue.

« La destruction de la cloison vésico-vaginale qui était complète avait été produite pendant le travail de l'accouchement.

« Madame F... (qui accouchait alors pour la huitième fois) était âgée de 37 ans, la tête de l'enfant séjourna pendant longtemps à la vulve, et le médecin appelé dut employer le forceps et pratiquer avec les plus grandes difficultés l'extraction d'un enfant mort.

« Les urines passèrent par la fistule le jour même de l'accouchement, des vomissements apparurent et la malade paraît avoir eu tous les symptômes d'une péritonite intense; elle guérit et put se lever après un séjour au lit de cinq à six semaines ; depuis, la santé générale s'est parfaitement rétablie ; mais cependant les règles n'ont jamais reparu.

« L'urèthre ayant disparu dans la plus grande partie de son étendue, ainsi que la plus grande partie de la cloison vésico-vaginale, et d'un autre côté le vagin étant dans presque toute son étendue transformé en tissu de cicatrice, il ne me parut pas possible d'entreprendre une opération régulière consistant en une suture oblitérant la fistule ou même le vagin d'après le procédé de Vidal (de Cassis) et je dus penser à intervenir d'une autre façon.

« L'opération suivante fut exécutée à l'Hôtel-Dieu en septembre 1867 :

« Un avivement pratiqué à droite et à gauche de l'orifice du vagin permit de réunir les deux moitiés droite et gauche de cet orifice ; puis une douzaine de points de suture métallique furent passés dans les lèvres des plaies ainsi obtenues de façon à déterminer l'occlusion complète du vagin. J'avais eu soin d'introduire mes sutures à trois centimètres de la surface avivée, de façon que les fils comprenant

une grande épaisseur de chairs pussent rester très-longtemps en place, sans cependant couper les lèvres de la plaie.

« La plaie parut complètement réunie pendant quelque temps et les fils furent divisés vers le quinzième jour. Il nous fut facile de reconnaître que la réunion n'avait été obtenue que dans la moitié postérieure de la suture ; le vagin était donc rétréci, mais non oblitéré.

« J'annonçai aux élèves qui suivaient ma visite qu'il ne fallait point mal augurer du succès imparfait de cette première opération et que du moment où les parties avivées étaient réunies dans la plus grande partie de leur étendue, le travail de cicatrisation pourrait arriver à compléter ce qui était si bien commencé.

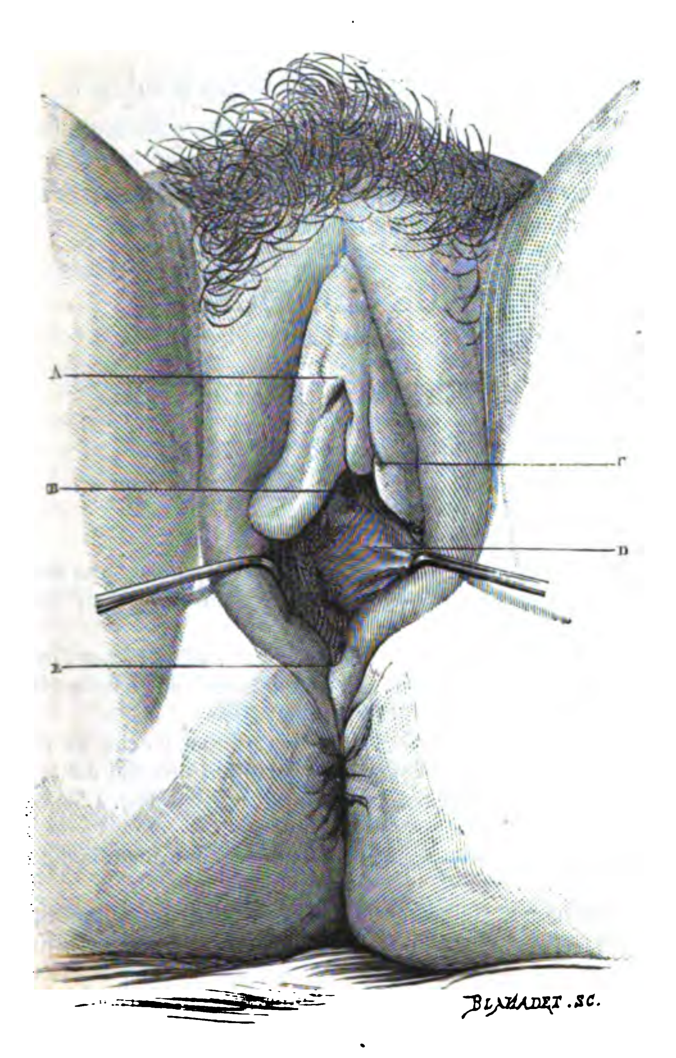
« Quelque temps après, M. le professeur Richet ayant repris son service m'engagea à continuer cependant à faire subir à ma malade les traitements qui me paraîtraient nécessaires. Deux mois après l'opération décrite plus haut, je pratiquai avec le concours de ce chirurgien une cautérisation du pourtour de la plaie avec un fil de platine rougi à l'aide de l'électricité ; mais la guérison n'était point encore complète, et si les urines ne passaient plus en totalité par le vagin, la plus grande partie suivait encore cette route, une autre partie moins considérable s'écoulant par le méat uriarire.

« Madame F... quitta l'Hôtel-Dieu au mois de janvier 1868, non encore entièrement guérie, et après quelques mois de séjour en ville elle me pria de la faire entrer dans un service d'hôpital. Elle fut admise dans le service de notre excellent maître et ami M. A. Desormeaux, chirurgien de l'hôpital Necker, qui voulut bien la garder jusqu'à sa guérison complète. Pendant trois mois ce médecin distingué pratiqua avec le ntirate d'argent des cautérisations qui amenèrent enfin une oblitération complète de l'orifice du vagin. Le traitement avait duré dix mois.

« Les urines passent maintenant par le canal de l'urèthre. La miction s'effectue sans aucune difficulté et sans aucune douleur et il n'y a point d'incontinence d'urine.

« Madame F... est revenue plusieurs fois dans les différents services dont j'étais chargé comme chirurgien du bureau central ; elle a séjourné pendant un mois à la Pitié pendant que je faisais l'intérim du professeur Trélat en 1866, puis enfin l'année dernière elle est restée quelques semaines dans mon service chirurgical de l'hôpital Saint-Antoine. Il m'a été permis de constater, à trois ans d'intervalle, que la guérison s'était parfaitement maintenue.

« Voici l'état des organes génitaux externes dessinés d'après nature en 1869 par M. le docteur Malassez, alors interne du service. En arrière du méat urinaire, on remarque (voy. la fig.) un espace de la grandeur d'une pièce de un franc qui n'est bien visible que quand on écarte les grandes lèvres. Cet espace, de la dimension indiquée, est formé d'un



A. Clitoris. B. Méat urinaire. C. Partie antérieure de la petite lèvre gauche D. Membrane oblitérant le vagin. E. Commissure postérieure.

tissu rougeâtre peu sensible, donnant à la pression du doigt la sensation d'un tissu parcheminé. Ce tissu correspond à l'orifice vaginal

oblitéré par une sorte de membrane hymen formée d'un tissu cicatriciel des plus solides. »

En résumé, M. Benj. Anger a obtenu par la suture de l'orifice antérieur du vagin, préalablement avivé, et de nombreuses cautérisations, la guérison d'une fistule vésico-vaginale des plus graves, ne pouvant être attaquée avec succès par les méthodes opératoires recommandées en pareil cas.

REVUE CLINIQUE

KYSTE DERMOIDE DE L'OVAIRE

Par M. F. Terrier.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

(Suite et fin.)

La malade entièrement réveillée et pansée, est remise dans son lit. L'opération n'a pas duré deux heures et demie (de neuf heures quarante à midi.)

18 novembre, à deux heures. La malade non affaissée par l'opération, se plaint de quelques douleurs abdominales ; elle a eu quelques vomissements et des nausées. Céphalalgie.

Pouls 80. Temp. axillaire 36°8.— Glace, Champagne, eau de Seltz.

A six heures. Quelques coliques, oppression due peut-être à la température élevée de la chambre (18 à 20° centigrades). L'aération calme l'anxiété.

Pouls 90, temp. 37°2. — La malade a été sondée trois fois dans le jour.

Le 19, à 9 heures du matin. Nuit agitée, douleurs abdominales assez vives, vomissements des liquides ingérés. Le pansement est changé, l'épiploon ayant laissé exsuder beaucoup de sérosité ; le ventre est souple, nullement ballonné, quelques douleurs du côté du pédicule. — Glace, bouillon, Bagnols. Temp. 37°1, pouls 86.

A six heures du soir. Etat général excellent. La malade a uriné seule et sans douleur ; elle ne souffre pas du ventre et désire manger. Temp. 37°2, pouls 80.

Le 20, à neuf heures. Nuit excellente (trois heures de sommeil). prend du tapioca avec appétit, urines faciles, rend des gaz par

---

(1) Voir le numéro de mai, p. 392.

Matin. Temp. 36°6, pouls 80. — Soir. Temp. 36°8, pouls 86.

Le 5. Sommeil agité, douleurs lombaires persistantes. La troisième anse de fil de fer est tombée, la plaie du pédicule suppure à peine et diminue rapidement d'étendue.

Matin. Temp. 37°, pouls 84. — Soir. Temp. 37°, pouls 82.

Le 6. Les douleurs de reins ont cessé. Etat excellent.

Matin. Temp. 36°8, pouls 80. — Soir. Temp. 36°7, pouls 80.

Le 7. Coliques utérines, douleurs lombaires, l'écoulement menstruel ne se fait pas.

Matin. Temp. 366, pouls 86. — Soir. Temp. 36°6, pouls 80.

Le 8. Douleurs moindres.

Matin. Temp. 36°6, pouls 92. — Soir. Temp. 36°4, pouls 84.

Le 9. Quelques gouttes de sang se sont écoulées par la vulve. La malade se lève une heure sans fatigue.

Matin. Temp. 36°4, pouls, 84. — Soir. Temp. 36°8, pouls 86.

Le 10. Continuation d'un léger écoulement sanguin. La malade se lève deux heures dans la journée.

Le 11. L'épiploon a saigné un peu et est gonflé, ce qui tient aux frottements des habits sur le pansement. — Cataplasme de fécule. — La malade se lève cinq heures.

A partir de cette époque, la plaie du pédicule finit par se fermer entièrement, et vers le 20 décembre, l'épiploon est tout à fait cicatrisé.

La malade se lève toute la journée et elle quitte l'hôpital le 28 décembre 1874.

En résumé, après une fièvre traumatique, légère, complètement tombée le 4e jour, la malade a été très-bien jusqu'au moment de l'élimination du pédicule, soit les 7e, 8e et 9e jours; la température remonte alors à 38°, qu'elle n'a jamais dépassés. Fait curieux à noter, c'est qu'au moment où les signes de l'inflammation éliminatrice apparurent, il y eut rétention d'urine qui dura cinq jours. N'est-ce pas là un phénomène d'ordre réflexe?

Une fois la suppuration du pédicule bien établie, les phénomènes morbides disparurent et la malade guérit avec rapidité.

Les points de la suture profonde furent enlevés l'un le 6e jour, deux autres le 11e jour, et le dernier le 12e jour. Les épingles de la suture superficielle sont retirées les 7e, 8e et 9e jours. Les broches furent enlevées les 14e et 15e jours; enfin, les anses de fil de fer tombèrent les 15e, 16e et 17e jours.

Nous avons revu l'opérée récemment (le 2 février 1875); sa santé est parfaite, la cicatrice de l'ouverture pratiquée à la paroi abdominale est le siége de quelques douleurs, lorsque cette

femme, qui est domestique, travaille un peu trop fort. L'éventration nous a semblé plus étendue que lors de la sortie de la malade; du reste, elle porte une ceinture abdominale avec coussinet placé sur la ligne mediane.

L'embonpoint est notablement augmenté depuis un mois.

Note remise par le Dr MALASSEZ, *sur l'examen anatomique du kyste* (Pièce n° 49, série A de la collection du Collége de France).

Le kyste formant une poche unique offrait à peu près le volume d'une tête d'adulte; ses parois, épaisses de 2 à 5 millimètres, présentent une consistance variable selon les points où on les examinait. La surface intérieure de la cavité kystique offrait, après lavage, l'aspect de la peau, recouverte de matière sébacée, et présentait par places des poils assez longs. Ce qui restait encore du contenu du kyste était moitié liquide, moitié solide, avec des grumeaux caséiformes.

Examen microscopique. — Le contenu était formé de granulations graisseuses, de cellules épithéliales graisseuses et de cholestérine. La paroi, constituée par du tissu conjonctif feutré, analogue à celui du derme, et par des faisceaux de fibres musculaires assez nombreuses et entrecroisées, est recouverte d'un épithélium pavimenteux, avec couche cornée; il y a peu de papilles.

En quelques points de la paroi kystique on trouve des masses cartilagineuses et osseuses (ostéoplastes et canalicules); mais il faut noter que ces parties osseuses n'ont aucune forme qui rappelle celle des os normaux.

Par places existent des follicules pileux avec des glandes sébacées en général très-développées; on y rencontre aussi quelques glandes sudoripares.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Tétanos consécutif a une métrorrhagie avec purpura hæmorrhagica et diphthérite vaginale. Injections hypodermiques de chloral; guérison. — M. le Dr RIBELL (de Toulouse), membre correspondant, a adressé à la société l'observation suivante : Mme F..., âgée de 36 ans, d'un

tempérament lymphatico-nerveux, a eu quatre enfants et, après chaque accouchement, elle a été atteinte de *purpura hæmorrhagica*. Son dernier accouchement a eu lieu le 16 août 1874; un mois après, elle se fatigua beaucoup en donnant des soins à un enfant malade. Vers le 13 octobre, elle eut une perte assez abondante, qui nécessita le tamponnement. En même temps le corps se couvrait de plaques hémorrhagiques très-nombreuses dont l'étendue variait depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un œuf de poule, et la face prenait une teinte ictérique très-prononcée. Lorsque, au quatrième jour, le tampon fut enlevé, on trouva, sur les grandes et les petites lèvres, des plaques diphthéritiques, qui envahirent ensuite la muqueuse vaginale tout entière. (Lotions phéniquées, alimentation tonique.) Amélioration sensible.

17 octobre. Frisson violent, survenu pendant la nuit, en l'absence de toute cause appréciable, avec refroidissement des extrémités et claquement des dents. Après trois heures de durée, réaction lente et pénible; la face resta blême, le pouls filiforme pendant presque toute la journée. La malade avait éprouvé quelques contractions aux bras et derrière le cou, mais surtout une grande fatigue le long du rachis. (Un gramme de sulfate de quinine.)

Le soir, retour de la chaleur, pouls à 120, température : 32°.

Le 18. Rien d'anormal.

Dans la nuit du 18 au 19, vers trois heures du matin, crampes d'estomac et contraction des muscles du cou; puis raideur de la tête et légère difficulté de la déglutition, avec un peu de trismus. Ces symptômes augmentèrent rapidement et ne laissèrent aucun doute sur l'existence du tétanos.

Traitement : sirop de Follet (contenant 1 gramme de chloral par cuillerée) à la dose d'une cuillerée chaque demi-heure. Lotions au perchlorure de fer sur les parties envahies par la diphthérite.

Six cuillerées de sirop procurèrent cinq heures de sommeil avec relâchement de la contracture. Mais le trismus reparut quand la malade se réveilla.

Même traitement le 19 et le 20, sans changement notable. On cherchait à soutenir les forces par du jus de viande, du vin de Bordeaux, du bouillon concentré.

Le 21. Douleurs rachidiennes et suffocation. A neuf heures du matin, injection sur les côtés de la nuque d'environ 2 grammes de chloral en solution.

A dix heures, même injection, qui fut répétée ensuite à onze heures, à midi, à une heure, à deux heures.

Après la troisième injection seulement, la malade éprouva un peu d'engourdissement; le sommeil arriva à la cinquième, mais n'empêcha pas de faire une sixième injection, de sorte que 12 grammes de chloral furent portés sous la peau.

Pendant le sommeil, qui dura neuf heures, le pouls était calme et régulier, la respiration facile, le trismus avait disparu et tous les muscles étaient relâchés. En se réveillant, la malade prit facilement un potage et un verre de vin; elle urina, puis se rendormit.

La nuit fut bonne, ainsi que la journée du 22 octobre. Le soir, un peu de raideur de la tête et sur les joues; injection sur les masséters, qui ramena le sommeil. Dans la nuit, transpiration abondante, qui continua dans la matinée du 23. A partir de ce moment, l'amélioration ne cessa de faire des progrès. 14 grammes de chloral avaient été injectés. En même temps la diphthérite n'avait cessé d'être combattue par les lotions phéniquées et les attouchements avec le perchlorure de fer. La convalescence a été extrêmement lente.

Il s'agissait véritablement, dans ce cas, d'un tétanos. Il ne pouvait être question d'une *contraction spasmodique* de la mâchoire, due généralement à une maladie des alvéoles dentaires ou des gencives, ni du *spasme traumatique* des blessés, lequel commence toujours par le membre blessé et se montre d'une manière intermittente, avec de longs moments de repos, accompagnés d'une cessation complète des ontractions. On ne pouvait songer à la *méningite spinale*, non plus qu'à un empoisonnement par la strychnine. Quant à l'*éclampsie post partum*, il suffit de se rappeler que la malade était accouchée depuis deux mois quand les accidents éclatèrent.

Ma malade était-elle atteinte de tétanos traumatique ou de tétanos *à frigore?* Je crois que c'est au tétanos traumatique que j'ai eu affaire. Ce tétanos se présente, en général, dans les premiers quinze jours qui suivent l'accident; son invasion est lente, les contractions n'apparaissent que peu à peu; elles sont, la plupart du temps, précédées par des douleurs vagues, indéfinissables, puis vient la gêne du cou, la raideur de la tête, puis enfin la dysphagie, le trismus, etc. Le tétanos *à frigore* procède plus rapidement; dans une observation de Mirbeck, un enfant qui, étant en sueur, reçut un verre d'eau froide sur la poitrine, eut immédiatement des spasmes tétaniques qui amenèrent la mort en deux jours. Dans le premier, les contractions sont intermittentes, du moins le commencement de l'invasion, et ce n'est que plus tard qu'elles deviennent continues; dans le second, la contraction tétanique est constante, il n'y a pas d'intermittence, et ce n'est que vers la fin que l'intermittence s'établit.

Quant au traitement, les résultats obtenus par M. Verneuil ont fait naître dans le public médical des espérances qui, sans s'être réalisées complètement, ont cependant donné une certaine impulsion vers l'emploi du chloral dans le tétanos. Plus tard, M. Oré injecte le chloral dans les veines et amène l'anesthésie; sa tentative est foudroyée par l'Académie de médecine. Ne s'est-on pas trop pressé? le temps nous le dira. Quoi qu'il en soit, l'expérience n'a pas dit son dernier

mot. A cette même époque, grâce à l'amitié qui m'unit aux professeurs de notre école vétérinaire, MM. Arloing et Lafforie, je pus me rendre compte, par l'expérimentation, des faits annoncés; sans vouloir entrer dans le détail des expériences faites, je puis affirmer que, sur dix chiens injectés par les veines avec une solution aqueuse contenant de 5 à 11 grammes d'hydrate de chloral, je n'ai jamais compté un seul accident. Tous, sous l'influence de l'injection, sont tombés dans un sommeil profond, avec résolution complète des membres et complète insensibilité; tous, après un temps plus ou moins long, se sont réveillés et ont continué à vivre. (*Séance du 27 janv. Bull. de la Société de chirurgie.*

Grossesse extra-utérine terminée par l'enkystement du produit de la conception. — M. Polaillon donne lecture de l'observation suivante : Une femme de 37 ans, enceinte pour la troisième fois, entra, le 20 septembre 1874, à la Maternité de Cochin, pour se faire soigner d'accidents graves qui compliquaient sa grossesse.

Cette femme avait toujours joui d'une excellente santé. Les deux grossesses antérieures avaient suivi un cours régulier et les accouchements avaient été naturels. Les suites du dernier accouchement, qui eut lieu en 1864, furent compliquées par une péritonite. Après un séjour d'un mois dans le service de M. le Dr Desnos, à l'hôpital Saint-Antoine, la malade se rétablit complètement et put reprendre sa profession de couturière. Depuis cette époque jusqu'à l'apparition de la troisième grossesse, sa santé fut bonne; les règles se montrèrent dans leur périodicité et leur quantité normales; aucune douleur, aucune tumeur ne se manifesta vers la région hypogastrique.

La dernière époque menstruelle apparut le 20 avril 1874. Vers la fin du mois de mai, la malade fut prise de vomissements incessants qui durèrent trois semaines. Peu de temps après, des douleurs très-vives qui se répétaient irrégulièrement la nuit et le jour, se firent sentir dans le bas-ventre. La malade fut obligée de garder le lit presque constamment. L'amaigrissement fit de rapides progrès, en même temps que le ventre se développait d'une façon bizarre et comme en pointe.

Lors de son entrée à la Maternité, je trouve une femme profondément anémique, très-amaigrie, et dont le moral est affecté par les souffrances qu'elle endurait et probablement aussi par des chagrins antérieurs et actuels. La grossesse datait d'environ cinq mois. Le ventre était un peu plus volumineux et un peu plus saillant que ne le comporte une grossesse arrivée à cette période. Le col de l'utérus offrait un volume et une consistance à peu près semblables au volume et à la consistance d'un col de l'utérus chez une femme multipare en état de vacuité. Son orifice externe était fermé. Il était repoussé en

haut et en arrière par une tumeur développée sur la paroi antérieure de l'utérus. Cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus, était facilement sentie lorsqu'on déprimait la paroi antérieure du vagin. Elle était lisse à sa surface et d'une consistance élastique. Elle adhérait en arrière au corps de l'utérus, s'appuyait en avant contre le pubis et se confondait en haut avec la masse qui distendait la cavité abdominale. Il ne me fut pas possible de sentir le ballottement. Mais l'existence d'une grossesse était démontrée par les battements très-nets du cœur du fœtus. Le maximum des bruits cardiaques se faisait entendre à 8 ou à 9 centimètres au-dessus du pubis, à droite et un peu en dehors de la ligne médiane, c'est-à-dire en un point plus élevé que celui où on les entend habituellement dans une grossesse arrivée à cette période. Le bruit du souffle utérin était très-net. Les mouvements actifs du fœtus étaient perçus par la mère; mais il ne m'a pas été possible de les sentir pendant mes explorations. Il y avait une incontinence d'urine par compression de la vessie.

Si la grossesse était évidente, la cause qui produisait le développement un peu anormal du ventre et la tumeur que l'on sentait en déprimant la paroi intérïeure du vagin me parut moins facile à distinguer. Plusieurs personnes, qui examinèrent cette malade, pensèrent à une grossesse compliquée d'un myôme ramolli par l'état de gestation. Cependant, ce qui aurait dû mettre sur la voie du diagnostic, c'est l'état du col utérin qui n'était pas hypertrophié et ramolli, comme lorsque l'utérus est distendu par le produit de la conception.

Le séjour au lit pendant plusieurs jours, l'usage des opiacés et des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen améliorèrent assez l'état de la malade pour qu'elle exigeât sa sortie.

7 octobre. Elle entre à l'hôpital dans un état plus alarmant qu'auparavant. L'abdomen a augmenté de volume; il est le siége de douleurs extrêmement vives qui sont exaspérées par la pression et empêchent le sommeil. La fièvre est presque continuelle. Le facies présente le type abdominal. L'inappétence est complète et l'amaigrissement fait encore des progrès.

En présence de ces phénomènes qui menacent, à bref délai, la vie de notre malade, la question d'interrompre le cours de la grossesse en provoquant un accouchement prématuré est posée. Cependant nous temporisons encore, afin d'atteindre, autant que possible, le terme de sept mois. L'âge du fœtus était alors d'environ six mois.

Le 17, dans la matinée, la malade est prise de spasmes nerveux et de frissons. Les douleurs abdominales sont excessives. Le plus léger contact réveille ces douleurs. L'auscultation avec le stéthoscope est presque impossible, tant le ventre est douloureux. On constate cependant que le cœur du fœtus continue à battre. Comme les cataplasmes laudanisés ne peuvent plus être supportés à cause de leur

poids, je fais recouvrir le ventre de la patiente avec une large emplâtre de Vigo dans laquelle on a incorporé de l'extrait de belladone et de l'extrait de ciguë.

Les jours suivants, les douleurs abdominales deviennent un peu moins vives. A la fin d'octobre, nous constatons que les bruits du cœur fœtal ne s'entendent plus. Le fœtus est mort.

3 novembre. Les seins sont gonflés et douloureux; à leur surface se dessinent des veines bleuâtres. Les phénomènes de cette montée du lait se dissipent quatre jours après.

Depuis la mort du fœtus, je prescrivis de surveiller avec un grand soin tous les écoulements, qui allaient probablement se faire par le vagin, ainsi que l'expulsion du produit de la conception.

Le 7, il y eut par le vagin un léger écoulement sanguinolent. D'après les linges tachés, je peux évaluer la quantité de cet écoulement à celle d'une cuillerée à bouche. L'issue d'un liquide légèrement teinté par du sang persista jusqu'au 13 novembre. Mais aucun caillot, aucune membrane ressemblant à une caduque n'a été expulsé. Le col a conservé les caractères que j'ai indiqués, et son orifice est resté fermé.— Le ventre s'est affaissé. Les douleurs abdominales sont moins vives. L'incontinence d'urine a cessé. Mais l'état général est toujours mauvais.

Le 16. Développement d'une phlegmatia alba dolens qui envahit successivement les deux membres inférieurs, et qui dure pendant un mois.

Cependant l'embryon n'avait pas été expulsé. Au milieu de décembre, la poche qui le contenait avait diminué des trois quarts. Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine n'offrait plus de doute. Cependant je ne voulus pas encore en avoir la certitude absolue en pratiquant le cathétérisme utérin, de peur de produire quelque inflammation dans la poche embryonnaire et d'en amener la suppuration.

Pendant les mois de janvier et de février, la patiente ne présente rien d'anormal. Sous l'influence d'un régime fortifiant, ses forces reviennent peu à peu. Lorsqu'on comprime l'hypogastre, on réveille quelques douleurs et on sent une tumeur profonde.

3 mars. Je pratique le cathétérisme de l'utérus avec un hystéromètre. L'instrument pénètre à une profondeur de 4 centimètres 1/2. Je constate que la cavité utérine est vide.

Le 22. La malade quitte la Maternité dans l'état suivant : une tumeur du volume d'une orange, d'une consistance dure, est située en avant de la face antérieure de l'utérus. Un doigt introduit dans le vagin, tandis que l'autre main est appliquée sur le bas-ventre, permet d'apprécier exactement quel est le volume et quelle est la consistance de cette tumeur. Cette exploration produit encore de la douleur; mais cette douleur ne se développe pas spontanément, et la malade peut

rester debout et marcher sans souffrance. L'utérus est adhérent à la tumeur, son corps paraît atrophié; son col est petit, dur et fermé. Les règles ne sont pas revenues.

Cette observation de grossesse extra-utérine nous paraît digne d'intérêt, parce qu'elle ne s'est pas accompagnée du développement qu'on appelle *sympathique* de l'utérus, parce que la mort du fœtus n'a pas été accompagnée par l'expulsion d'une caduque, et parce que le kyste fœtal, au lieu de s'enflammer et de suppurer, comme cela arrive habituellement, s'est rétracté sur le produit de la conception, le tout tendant à se transformer en un corps dur, inaltérable, qu'on a appelé *lithopède*.

Discussion.

M. Guéniot se montre surpris du résultat final : en six mois, d'après l'observation, le volume du kyste s'est trouvé réduit à celui d'une grosse orange. M. Guéniot n'a pas connaissance d'un fait semblable; ordinairement, la diminution du volume se fait beaucoup moins rapidement.

M. Depaul ne saurait admettre le défaut de développement sympathique de la matrice. Le cathétérisme utérin a été pratiqué trop tard; mis en usage au début, il eût donné des résultats différents. Quant à l'exfoliation de la muqueuse utérine, M. Depaul l'a observée dans tous les cas qu'il a pu suivre; la membrane a toujours été éliminée, soit en totalité, soit par fragments.

M. Depaul trouve dans les détails de l'observation de M. Polaillon tous les éléments nécessaires pour asseoir un diagnostic certain de la grossesse extra-utérine : âge assez avancé (37 ans), grossesses antérieures, dont la dernière remonte à une époque un peu éloignée, menstruation normale, développement irrégulier de l'abdomen, douleurs violentes avec accidents fébriles pendant toute la durée de la grossesse (ces douleurs, qui se présentent rarement avec ces caractères dans les grossesses ordinaires, sont l'indice d'une péritonite localisée produite par l'œuf qui se greffe sur la membrane séreuse de l'abdomen). A ces signes, il faut joindre ceux que donne le toucher: tumeur développée dans le cul-de-sac vaginal postérieur, déplacement de la matrice en sens inverse de celui qu'on observe habituellement, col offrant toutes les modifications de cet organe qui accompagnent la grossesse normale. Les battements du cœur du fœtus ne permettant pas de douter de la grossesse, il ne s'agissait que de déterminer si elle était utérine ou extra-utérine. Or, M. Depaul pense qu'il était possible de résoudre la question, et cela au moyen de la sonde utérine, qui, conduite avec précaution, eût pénétré non à 4 cent. et demi, mais à 7, 8 ou 10 centimètres de profondeur.

M. Depaul a eu tout récemment dans son service une femme dont

l'observation fait le pendant de celle que vient de rapporter M. Polaillon. Cette femme, dont l'histoire est publiée en ce moment dans un autre journal, était restée six semaines à l'hôpital de la Pitié. A son entrée à l'hôpital des Cliniques, elle perdait un peu de sang; son enfant venait de mourir. Dans la fosse iliaque droite on sentait une tumeur dure qui donnait la sensation d'une tête d'enfant; dans la cavité abdominale on trouvait une tumeur molle répondant à la masse de l'œuf. Le col, refoulé en avant, était modifié, mais non comme dans une grossesse de six mois. L'écoulement sanguin était formé par les lochies; la malade racontait qu'elle avait perdu, avant d'entrer à l'hôpital, *une peau*, qu'elle avait enveloppée dans un mouchoir, mais qu'on ne put retrouver : c'était certainement la muqueuse exfoliée.

La malade resta environ six semaines à l'hôpital; aucune opération ne fut tentée. Les accidents fébriles se calmèrent, la tumeur diminua de volume, la tête se porta sur la ligne médiane de l'abdomen; le kyste diminua de moitié dans l'espace d'un mois, et le col regagna sa place habituelle.

Aujourd'hui les caractères de la grossesse extra-utérine sont tellement précis que le diagnostic de cette affection devient presque simple. M. Depaul en a observé dernièrement, à la Villette, avec M. Gueneau de Mussy, un autre cas dans lequel le doute n'était pas permis davantage.

M. Polaillon fait remarquer que, chez sa malade, le col était refoulé en arrière et la tumeur descendait dans le cul-de-sac antérieur. Vers le cinquième mois, la forme du ventre était régulière et le toucher n'apprenait rien que de normal; le col était seulement plus petit et plus dur que d'habitude. Au dire de la malade, le ventre était plus en pointe que dans ses grossesses antérieures. Mais, d'après l'examen qu'il a fait à l'entrée de la malade, M. Polaillon n'a pas constaté ce fait. Dans ce cas, le col n'était presque pas développé.

Une fois l'enfant mort, on a examiné avec soin tout ce qui s'échappait par les organes génitaux : il y avait peu de liquide et jamais on n'a vu ni caillot ni membrane. Il faut donc réviser l'opinion généralement admise, qui veut qu'il se développe toujours une caduque utérine, dans le cas de grossesse. Quant au cathétérisme utérin, employé comme moyen de diagnostic dans la grossesse, M. Polaillon le croit dangereux et de plus inutile, si l'on est certain de l'existence d'une grossesse extra-utérine, insuffisant et de nature à provoquer l'avortement dans les cas où la conviction n'est pas entière. Même après la mort du fœtus, quand il y a de la fièvre et de l'amaigrissement, M. Polaillon évite le cathétérisme, pour ne pas provoquer d'accidents inflammatoires du côté du péritoine. Quand la santé de la femme est complètement rétablie, le cathétérisme peut donner la

certitude absolue de l'existence d'une grossesse extra-utérine. Le diagnostic de cette dernière est facile, quand tous les signes rappelés par M. Depaul se trouvent réunis; mais quand il n'en existe qu'un ou deux, le diagnostic est très-difficile.

M. Polaillon persiste à croire que, chez sa malade, il n'y a eu ni développement sympathique du corps de la matrice, ni exfoliation de la muqueuse utérine. Quant à la rétraction du kyste, il l'a suivie avec trop de soin pour admettre qu'elle puisse être révoquée en doute.

M. Depaul, en parlant de la facilité d'établir le diagnostic de la grossesse extra-utérine, n'a eu en vue que la seconde moitié de la grossesse. Il apprend à l'instant que la femme dont il vient de dire quelques mots, et qui avait quitté l'hôpital des Cliniques sans fièvre et dans un état de santé satisfaisant, est morte il y a peu de jours à la Pitié, et que l'autopsie a confirmé l'exactitude du diagnostic qui avait été porté : il y avait dans l'abdomen un kyste suppuré contenant un fœtus. (*Séance du 24 mars. Bull. de la Soc. de chir.*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Sur l'épithélium de l'utérus, par M. de Sinéty (communication faite à la Société de biologie dans sa séance du 15 mai 1875).

Depuis quelques années l'anatomie et la physiologie de la muqueuse utérine ont été le sujet de beaucoup de recherches. Nous avons eu en France les travaux de Robin, de Guyon, de Cornil sur cette question, qui, à l'étranger, a été traitée aussi par un grand nombre d'auteurs. Je ne veux pas en faire en ce moment la bibliographie, je citerai seulement Friedlaender dont le mémoire, paru en 1871, traite plus spécialement de la question qui fait le sujet de ma communication, c'est-à-dire de l'épithélium.

Après avoir lu ces différents auteurs, en face des divergences considérables qui existent entre leurs opinions, on en arrive à se demander quelle est donc, en définitive, la forme de l'épithélium qui tapisse la cavité utérine?

Plusieurs causes ont contribué à obscurcir cette question. Depuis la publication de ces premiers travaux, la technique histologique a fait d'immenses progrès et en particulier pour l'étude d'éléments aussi délicats que les cellules épithéliales. Ensuite, la plupart des auteurs n'ont pas indiqué la technique qu'ils ont suivie : ou celles qui ont été décrites, qui résumaient les connaissances acquises à cette époque sont évidemmemt défectueuses, relativement aux méthodes nouvelles.

Une autre raison probable de la différence d'opinion entre certains anatomistes, c'est qu'ils ont voulu généraliser à plusieurs espèces ani-

males, ce qu'ils avaient observé pour une ou deux; et j'ai vu moi-même combien, selon l'animal, la forme et la disposition de l'épithélium varient.

Pour l'espèce humaine, la plupart du temps un utérus pris à l'autopsie ne peut pas servir à l'étude de l'épithélium, qui s'altère très-vite, comme tout le monde sait.

En outre, l'épithélium de l'utérus varie selon les âges et probablement aussi, comme on l'a déjà dit, selon l'état physiologique de l'organe, repos, grossesse, menstruation. Je me suis donc appliqué à préciser, autant que possible, dans mes descriptions, l'espèce animale, l'âge, le point exact de la cavité utérine et son état physiologique.

Je parlerai d'abord d'un utérus de fœtus à terme, tué par céphalotripsie, que j'ai pu examiner peu d'heures après la mort. (Les préparations ont été faites d'après la méthode de Ranvier, alcool au tiers pendant vingt-quatre heures, puis raclage de la muqueuse, coloration au picrocarminate et trempées dans la glycérine en ayant soin de la faire pénétrer peu à peu.) L'utérus présentait la forme et les dimensions décrites par M. Guyon chez le nouveau-né. La cavité du col, si considérable à cet âge, contenait, comme à l'ordinaire, un bouchon de mucus épais, donnant les caractères chimiques et histologiques de la mucine.

Cette partie élargie contenait de grandes cellules caliciformes allongées, avec un noyau situé à la base de la cellule. Au-dessus de ce point rétréci (orifice interne) qui, chez l'enfant, se prolonge très-haut, l'épithélium devient cylindrique, mais sans cils vibratiles (du moins n'ai-je pas pu trouver une seule cellule possédant des cils, quoiqu'il y eût un plateau très-net, et malgré le peu de temps écoulé depuis la mort). L'épithélium cylindrique, sans cils vibratiles, se continuait jusqu'à l'embouchure des trompes. Ces dernières, au contraire, possédaient un épithélium avec les cils bien conservés.

La présence de l'épithélium caliciforme dans le col de l'utérus avait déjà été signalé par Friedlaender en 1871, mais chez l'enfant seulement. L'année dernière, dans une communication faite à la Société de biologie, notre collègue, M. Renaut, a parlé aussi des cellules caliciformes contenues dans les kystes du col, dits œufs de Naboth. Mais personne, à ma connaissance, ne l'a encore décrit dans l'utérus adulte, où j'ai pu le voir très-nettement, soit sur des préparations fraîches, soit sur des coupes faites après durcissement dans le liquide de Müller, la gomme et l'alcool, et colorées à la purpurine. Sur ces préparations (provenant d'une femme de 24 ans, ni grosse, ni en menstruation), on voit que le bord libre des replis du col de l'utérus, formant l'arbre de vie, est tapissé d'une seule couche d'épithélium cylindrique à cils vibratiles. A mesure que la muqueuse s'enfonce pour constituer les diverticulums et les glandes si nombreuses de cette ré-

pas rare de voir, lorsque les phénomènes aigus de l'affection ne sont pas complètement éteints, le traitement thermo-minéral déterminer une acuité nouvelle de l'affection dont il est impossible de prévoir l'étendue et l'intensité. Au contraire, l'élément nouveau ou névropathique réclame tout spécialement l'emploi des eaux de Néris.

L'auteur a cru devoir éliminer de son étude les maladies purement chirurgicales, telles que les altérations organiques, les lésions mécaniques et traumatiques. Ces maladies, pouvant se compliquer d'accidents névropathiques ou subinflammatoires, indiquent les eaux de Néris, mais il est évident que ces lésions elles-mêmes ne pouvant guère être modifiées utilement par l'emploi de ces eaux, il n'y a pas lieu d'en faire une étude spéciale.

Nous n'entrerons pas dans des détails plus étendus sur la façon dont les eaux de Néris doivent être administrées dans le cours des affections utérines, les principes généraux que nous avons exposés précédemment suffisent pour donner une idée assez exacte des cas dans lesquels il peut être avantageux de recourir aux eaux de cette station.

Étude sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme, par le Dr Edouard LABARRAQUE, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

Le travail de M. Labarraque est un exposé complet de la question. L'hypertrophie mammaire, peu étudiée en France, ne nous était guère connue que par les articles de Velpeau dans son *Traité des maladies du sein*, et de Nélaton dans sa *Pathologie chirurgicale*.

Voici le résumé des faits contenus dans le travail de M. Labarraque.

L'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme se caractérise le plus souvent, au point de vue anatomique, par l'augmentation de tous les éléments de la glande en dehors de la grossesse ou de la lactation, c'est-à-dire par une production exagérée du tissu fibreux et par l'élargissement des canaux galactophores çà et là distendus, resserrés et gonflés, soit par un liquide muqueux, filant transparent, soit par du lait, soit enfin par des masses de caséum ou de graisse. L'auteur se croit autorisé à admettre l'opinion de Virchow qui en fait un fibrome diffus.

Cette maladie reconnaît pour causes toutes celles qui influent sur l'activité de la mamelle et celle des organes génitaux ; spécialement les troubles du côté de la menstruation, la grossesse, les excitations sexuelles répétées ; il faut aussi noter peut-être comme cause la diathèse scrofuleuse, les violences extérieures et enfin certainement une prédisposition individuelle qu'il faut bien admettre quand on ne découvre pas autre chose.

(1) Thèse de Paris, 1875, chez J.-B. Baillière et fils.

Les signes les plus communs que l'on observe sont la gêne de la respiration et de la locomotion causée par le volume et le poids des seins. La maladie présente deux périodes distinctes; dans une première phase, il y a augmentation du sein, qui est saillant et globuleux; dans une seconde, il devient mou, flasque, il tend à se pédiculiser.

La marche de la maladie est toujours progressive, elle peut être lente ou rapide selon les cas, mais elle est constamment envahissante.

Quant aux complications, elles peuvent siéger sur la mamelle elle-même ou en dehors d'elle. Les complications du premier ordre sont les suivantes : la galactorrhée, les abcès, les kystes séreux. On a noté aussi dans un cas la gangrène des seins hypertrophiés (cas du Dr Huston). Quant aux complications en dehors des mamelles, elles se rencontreraient du côté des ovaires.

Le traitement peut être palliatif ou curatif. Dans le premier cas, on emploie les moyens propres à empêcher l'augmentation de volume du sein : dérivatifs, régime herbacé, rubéfiants à distance, et l'on essaie de rappeler les règles si elles se sont supprimées. Dans le second ordre de faits, on administre l'iode, soit à faibles doses suivant la méthode de Lugol, soit à hautes doses et, suivant l'auteur, pour provoquer un travail de désassimilation qui entraîne l'atrophie du tissu cellulo-adipeux et la pédiculisation plus rapide de la tumeur mammaire. Enfin ou peut essayer la compression, les saignées, les scarifications. Finalement on aura recours à l'amputation d'un sein ou des deux, en ayant soin de laisser entre les deux opérations un temps suffisant pour s'assurer que le second sein n'a pas une tendance à décroître après qu'on a enlevé le premier.

Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques, par le Dr Terrillon, prosecteur des hôpitaux (1).

L'auteur après avoir rapporté dans son mémoire l'observation de 21 malades ayant subi des lésions chirurgicales ou traumatiques formule les conclusions suivantes :

1. Les lésions chirurgicales ou traumatiques ont sur la menstruation une action variable qui correspond aux trois cadres suivants : 1. elles respectent la fonction menstruelle; 2. elles la suppriment, ce cas est rare ; elles l'accélèrent en arrivant jusqu'à huit à dix jours d'avance; ou la retardent pendant un temps variable; 3. souvent ces lésions déterminent en dehors de l'époque menstruelle une épistaxis utérine ordinairement de courte durée (deux jours environ), sans

(1) Mémoire publié dans le *Progrès médical*, 1874.

symptômes concomitants et qui n'agit que faiblement sur l'époque menstruelle suivante :

II. — Les différentes régions du corps ont une action variable, aussi peut-on les diviser en plusieurs zones distinctes, au point de vue de l'influence que peuvent avoir les lésions qui leur correspondent : 1. appareil sexuel : utérus, ovaire, vagin, vulve; 2. zone voisine de l'appareil sexuel : rectum, anus, vessie, partie supérieure des cuisses, etc., ce que l'auteur appelle *zone génitale*; 3. les seins, dont les connexions physiologiques avec l'utérus sont si intimes; 4. les autres régions du corps et les membres dont l'action est variable.

III. — Ces zones ont une influence différente, quand on tient compte principalement de la fréquence des désordres et de leurs variétés.

On peut dire en général que : la *première zone* agit en provoquant le plus souvent une épistaxis utérine ou le rappel des règles suspendues; la *deuxième* amène une épistaxis ou une avance des règles; la *troisième*, qui agit presque toujours, peut produire tous les troubles : épistaxis, avance, retard; la *quatrième* est plus rarement la cause de quelques troubles; cependant, à part l'épistaxis, elle peut provoquer toutes les variétés.

IV. — Ces différents troubles de la menstruation ne paraissent pas avoir une influence mauvaise sur la santé des malades, ils peuvent seulement agir d'une manière fâcheuse par la préoccupation qu'entraîne chez certaines femmes une perturbation quelconque des règles.

V. — Il est difficile de dire quelle est la cause exacte de cette perturbation, ébranlement nerveux, fièvre traumatique, perte de sang, etc.; il est probable que la plupart de ces causes agissent ensemble.

Les années 1869 et 1870 à la Maternité de Milan. — Comptes rendus cliniques, observations pratiques et notes critiques, par le Dr Ed. Porro. —Ces comptes-rendus forment un grand volume de près de 400 pages, que l'auteur a divisé en quatre chapitres. Le premier chapitre, consacré aux maladies de la grossesse, relate plusieurs observations intéressantes d'apoplexie cérébrale avec albuminurie, d'ostéomalacie, d'hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta, etc....

Le deuxième chapitre, qui traite des accouchements, commence par une statistique des accouchements observés d'après l'époque de l'accouchement, les présentations, etc....; puis il rend compte : 1° des avortements, 2° des accouchements prématurés spontanés ou provoqués, 3° des accouchements naturels difficiles, au nombre desquels est une intéressante observation de présentation de l'épaule, dans laquelle l'accouchement se termina naturellement, après vingt-...

heures de travail, par le mécanisme de l'évolution spontanée si bien analysé par M. le professeur Pajot; 4° enfin des accouchements non naturels, qui occupent près de 300 pages du volume. La partie la plus riche de cette dernière section en observations intéressantes est celle qui a trait aux accouchements terminés par l'emploi des instruments, forceps, craniotome, céphatotribe, etc....

Le troisième chapitre traité des maladies observées pendant les suites de couches; le quatrième est consacré aux nouveau-nés.

Il est fâcheux qu'il n'existe pas, à Paris, de publication semblable à celle de la Maternité de Milan. On aurait ainsi, en effet, un recueil du plus haut intérêt, surtout si on songe à nos richesses obstétricales comparées à celles de la Maternité lombarde, où il n'y a guère plus de trois cents accouchements par an. Tous les cas intéressants qui s'observent chaque jour dans nos grands services d'accouchements et qui ne sont pas publiés ou restent éparpillés dans les journaux, deviendraient ainsi une source d'enseignements des plus fécondes.

VIAULT.

Rétrécissement du bassin par atrophie simple, par le Dr ED. PORRO. A propos d'un cas observé par lui, l'auteur présente les conclusions suivantes :

1° Chez une femme n'ayant jamais été affectée de rachitisme ni d'ostéomalacie, de taille ordinaire, présentant les membres supérieurs et inférieurs parfaitement réguliers, on peut observer un rétrécissement considérable du bassin par rapprochement et déformation des os.

2° Dans des cas spéciaux, analogues à celui qu'il cite, la puberté peut produire une atrophie des os pelviens, un travail, un processus régressif suivi de graves déformations.

3° Le caractère d'un bassin de ce genre, qu'on pourrait appeler atrophique, cachectique, est la mobilité excessive des symphyses, et ce fait que les os n'ont pas subi d'arrêt dans leur développement général, mais ont seulement éprouvé une altération dans leur épaiseur et leur résistance par suite de leur forme.

VIAULT.

VARIÉTÉS.

Hydrate de chloral dans l'accouchement.

A M. le docteur GALLARD, directeur des *Annales de Gynécologie.*

Mon cher ami,

A l'occasion de l'*hydrate de chloral* dans les accouchements, soyez

assez bon pour m'accorder l'insertion de quelques lignes. Je serai bref comme un arrêt de justice.

Notre confrère, M. Chouppe, pour être agréable à M. Vulpian, lui attribue, ainsi qu'à M. Oré, la découverte du pouvoir anesthésique du chloral. Ce fait aurait été publié en 1873 et 1874. Il attribue aussi à Lambert, d'Édimbourg, l'idée du chloral dans les accouchements pour 1870.

S'il y a quelque mérite dans cette innovation thérapeutique et dans la recherche de l'anesthésie chloralique, permettez-moi d'en conserver l'honneur.

En 1869, je fis connaître l'action anesthésique absolue du chloral, pour l'ouverture des abcès et pour l'extraction des dents. Dans mon service on ouvre les abcès et on arrache les dents à des enfants chloralés, et les enfants ne se réveillent que trois heures après. Les choses se passent même d'une façon originale. A huit heures on donne 3 grammes de chloral. A neuf heures M. Delestre, notre dentiste, passe, il arrache la dent aux enfants endormis, qui continuent leur sommeil, et les enfants ne le voient jamais.

Si ce n'est pas là avoir démontré l'action anesthésique du chloral, je ne sais pas ce qu'il faut faire; mais, à ce sujet, je crois n'avoir rien laissé à découvrir à personne.

C'est dans ce même travail que j'ai indiqué l'*emploi du chloral dans les accouchements* et *son usage contre la chorée*, emploi généralement adopté dans mon service depuis cette époque, ce qui n'a pas empêché quelques personnes de s'en faire honneur à mon détriment.

Maintenant, pour finir, vous trouverez tous ces faits longuement détaillés dans les *Comptes-rendus de l'Académie des Sciences* de 1869, dans le mémoire *in extenso* publié la même année dans la *Gazette des Hopitaux*, et annoncé dans le catalogue de J.-B. Baillière; enfin dans notre *Dictionnaire de thérapeutique* (article Chloral).

J'espère qu'en raison de ces indications précises, vous voudrez bien accueillir cette réclamation et me croire toujours,

Votre collaborateur et ami,

Bouchut.

Paris, 17 mai 1875.

Nouveau signe pouvant servir au diagnostic des maladies de l'ovaire.—A la séance du 16 mars de la *Pathological Society*, le Dr Spencert Wells a mentionné un fait très-remarquable pour le traitement et le pronostic de ces maladies. Il a depuis longtemps démontré que les kystes uniloculaires qui se développent au voisinage de l'ovaire peuvent être véritablement *ovariens* (développement excessif d'un follicule de de Graaf) ou *extra-ovariens* (dilatation et accroissement d'une

partie des restes du corps de Wolff ou du parovarium) et il a observé que les kystes extra-ovariens sont souvent guéris radicalement par une simple ponction, le kyste se contractant et ne se reproduisant jamais; tandis que les véritables kystes de l'ovaire, uniloculaires, se reproduisaient toujours inévitablement. Il a aussi montré que le contenu des kystes du parovarium n'est guère autre chose qu'un liquide clair avec quelques traces d'albumine, ou seulement d'albuminate de soude, dont la densité excède rarement 1005. M. Thornton a récemment découvert que le liquide, dans quelques kystes uniloculaires de l'ovaire, contient quelques groupes de cellules qu'il croit être formés aux dépens de la membrane d'enveloppe du follicule de de Graaf; et que la présence de ces cellules, ainsi que la densité plus considérable du liquide albumineux ou paralbumineux, sont des signes suffisants pour permettre au chirurgien de dire, après qu'il a fait la ponction, si la guérison radicale du kyste peut être obtenue, ou si le kyste se reproduira certainement et sera passible de l'ovariotomie. (*Med. Record*, New-York, 24 avril 1875.)

Suppositoires au chloral.—Dans quelques cas, où des douleurs vives étaient déterminées par des inflammations des organes génitaux internes, nous avons employé avantageusement les suppositoires suivants, dont la formule a été communiquée par M. Mayet à la Société de thérapeutique :

Pr.	Beurre de cacao.................	2	grammes.
	Blanc de baleine..........	3	—
	Chloral pulvérisé.................	5	—

Cette formule permet d'employer ces suppositoires, non comme simple topique, mais comme anesthésique général.

Mort soudaine sans lésions à la suite d'un accouchement. — Le Dr Delafield a relaté, devant la Société pathologique de New-York, le cas d'une femme accouchée à *Charity hospital Boat*.

Elle fut délivrée à trois heures et demie du matin. Le travail n'avait présenté rien d'anormal et tout avait marché favorablement, lorsque, soudainement, une heure après la naissance de l'enfant, son pouls commença à faiblir et, malgré tous les soins qu'on lui prodigua elle mourut deux heures plus tard. L'autopsie ne révéla aucune lésion. Le cas est donc un exemple de mort soudaine sans lésions apparentes (*The med. Record*. New-York, 24 avril 1875).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Méthode nouvelle pour lier le cordon ombilical dans le but de prévenir les hémorrhagies, par le Dr DICKSON. (The Edinburgh obstetrical Society, séance du 14 janvier 1874, in *The Obstetrical Journal*, avril 1874.)

Sur un cas de fausse grossesse suivie de travail, par le Dr UNDERHILL. (The Edinburgh obstetrical Society, séance du 28 janvier 1874, in *The Obstetrical Journal*, avril 1874.)

Relation qui existe entre les vomissements de la grossesse et la quantité de liquide amniotique. (The Edinburgh obstetrical Society, séance du 28 janvier 1874, *The Obstetrical Journal*, avril 1874.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

On the diseases of women, par le Dr FLEETWOOD CHURCHILL (de Dublin), 6e édition, publiée chez Fannin et Ce, 41, Crafton-Street, Dublin.

Clinique thermo-minérale de Néris, par le Dr F. DE RANSE, médecin consultant aux eaux de Néris, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*. 1er fascicule : Des indications et contre-indications des eaux de Néris. In-8 de 112 pages. Chez Asselin, éditeur. Prix : 2 fr. 50.

Manuel d'accouchements, comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches, par le Dr CARL SCHRODER, professeur d'obstétrique et directeur de la Maternité à l'Université d'Erlangen, traduit de l'allemand sur la 4e édition et annoté par le Dr A. CHARPENTIER, ancien chef de clinique d'accouchements, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8 de VIII-744 pages avec 155 figures intercalées dans le texte. Chez Masson, éditeur. Prix : 14 fr.

La femme médecin, par le Dr RICHELOT, vice-président de la Société de médecine de Paris, médecin-inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

Ein Beitrag zur Lehre von den Kystischen myomen des Uterus, par les Drs FEHLING et LEOPOLD.

Urtica febrilis in Folge von application von Blutegeln, par le Dr LEOPOLD.

De l'abus en thérapeutique, par le Dr LIOUVILLE. Thèse d'agrégation, 1874.

De l'innocuité relative des accouchements chez les primipares âgées, par le Dr COCCIO. Thèse de Paris, 1875.

De l'hygiène morale de l'enfance, par le Dr DESPAULX-ADER.

Des effets physiologiques et thérapeutiques de l'hydrate de chloral, par E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Paris, 1869. J.-B. Baillière.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME III

Janvier à Juin 1875.

FIN DE LA TABLE.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M'-le-Prince, 31.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME IV.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement..

Pour Paris......................	18	francs.
Pour les départements...........	20	—
Pour l'Europe...................	23	—
Pour les autres parties du monde.	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, rédacteur en chef, 58, boulevard Magenta, ou à M .H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteur en chef

Dr A. LEBLOND

TOME IV

Contenant des travaux de MM.

AHLFELD, BARDY-DELISLE, BEAUREGARD, BLOT, BOZEMAN, CANIVET,
GUENEAU DE MUSSY (NOEL), GUÉNIOT, JUDE HUE,
LEBLOND, MAGITOT, MIERZEJEWSKI, MOLLIÈRE, NEPVEU,
PENARD, PILAT (de Lille),
POLAILLON, PUECH, SAHUT, TARNIER.

1875

(2e SEMESTRE)

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1875

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARDY-DELISLE, présid. de la Soc. méd. de la Dordogne, chirurg. de l'hôp. de Périgueux.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BLEYNIE, prof. d'accouch. à l'école de médecine de Limoges.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agregé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CHÉRON, médecin de la prison de St-Lazare.
CHURCHILL (Fletwood), prof. d'acc. à l'univ. de Dublin.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPUY (L.-E.), ancien interne des hopitaux de Paris.
EUSTACHE, agr. à la Faculté de Montpellier.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hop. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, ancien interne des hôp. de Paris.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), memb. de la Soc. de méd. de Paris.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. adj. du Lycée de Nimes.
RAYNAUD (Maurice), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. Lariboisière.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hopital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hop. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.
WORMS, méd. en chef de l'hop. de Rothschild.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSERVATIONS DE MÉTRORRHAGIES

ARRÊTÉES

AR L'APPLICATION DE LA CHALEUR SUR LA RÉGION LOMBAIRE,

Par le Dr Noël Gueneau de Mussy,
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

C'est le sort des grandes découvertes physiologiques qu'elles ›uent pendant quelque temps, dans la science médicale, un ôle prépondérant, et, dans l'enthousiasme qu'elles inspirent, n est disposé à leur demander la solution de tous les prolèmes pathologiques. Il en a été ainsi de la circulation sanuine après Harvey, de celle des lymphatiques après Aselli. ious avons vu l'irritabilité de Baglivi et de Haller être le pivot es doctrines médicales au commencement de ce siècle. La elle démonstration de l'action vaso-motrice, par M. Claude

Bernard, est devenue dans ces dernières années le fondement d'un grand nombre de théories médicales ; dans presque toutes les actions morbides, dans presque toutes les modifications thérapeutiques, non-seulement on fait intervenir la fonction vaso-motrice, ce qui est très-légitime, puisque les vaisseaux sont des éléments essentiels de la texture et de la vitalité de presque tous les tissus; mais on a voulu y trouver l'explication et le dernier mot de tous les faits physiologiques et morbides. C'était évidemment aller bien au delà des conclusions du célèbre physiologiste auquel nous devons cette belle découverte.

Notre honorable confrère, le Dr Chapman, est un de ceux qui ont été le plus loin dans cette voie; sans être cependant absolu ou exclusif, il pense que l'action vaso-motrice joue un rôle prédominant dans un grand nombre de maladies, et que la chaleur ou le froid, appliqués dans le voisinage des ganglions sympathiques, peuvent exciter ou modérer l'action vaso-motrice dont les ganglions sont la source. Sous l'influence de la chaleur, ces ganglions se congestionneraient: de là, exagération de leur activité fonctionnelle; le froid, en les anémiant, produirait un effet contraire. Des petits sacs en caoutchouc, remplis de glace ou d'eau chaude, appliqués sur la région vertébrale, lui servent à satisfaire à cette double indication; il emploie l'eau chaude, par exemple, dans les hémorrhagies, dans les congestions passives. Le plus souvent il trouve l'emploi des applications froides : il les oppose au choléra, aux névroses, aux névralgies, à l'aménorrhée, au mal de mer, à la variole, etc., et il croit avoir eu à s'en louer.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir tout ce qu'il y a d'hypothétique dans cette théorie. C'est encore, sous une forme rajeunie, une nouvelle reproduction du *strictum* et du *laxum* des méthodistes, dont chaque siècle voit reparaître quelque édition revêtue d'un nom nouveau. Sans doute, il y a quelque chose de vrai au fond de ce système; l'opiniâtreté avec laquelle il revient sans cesse sur la scène médicale en est un témoignage; mais ici, comme presque toujours, les applications trop étendues, et les inductions trop générales tirées d'un fait vrai deviennent l'erreur.

M. Chapman, du reste, n'affirme pas positivement cette théorie qu'il propose. Elle lui paraît être l'hypothèse la plus vraisemblable pour expliquer ces phénomènes. Il est arrivé plus d'une fois que des expérimentations fondées sur une hypothèse erronée, ont conduit à la découverte de médications utiles, alors même que leur mode d'action était tout différent de celui qui avait été préjugé par leurs inventeurs. Le Dr Chapman a cité, à l'appui de sa théorie, de nombreuses observations ; quelques médecins distingués, entre autres le Dr Athill, de Dublin, ont recueilli des faits favorables dans quelques points à la méthode du Dr Chapman, spécialement dans le traitement des hémorrhagies utérines. C'est contre cet accident que je l'ai surtout expérimentée, et sans me croire autorisé à tirer aucune conclusion définitive de faits trop peu nombreux, ceux que j'ai observés me paraissent assez importants pour encourager de nouvelles expériences.

Je rapporterai d'abord deux observations que j'ai recueillies à l'Hôtel-Dieu ; je chercherai ensuite à apprécier leur signification et les conclusions qu'on en peut tirer.

Une femme de 26 ans entra dans mon service à l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1874. Cette femme avait toujours été bien réglée ; elle n'avait eu ni enfants ni fausses couches.

Le 28 août 1874, les règles vinrent à leur époque habituelle et suivirent leur cours normal. Dans l'intervalle de temps qui les sépara de l'époque subséquente, elle eut, à plusieurs reprises, des épistaxis ; l'apparition du flux menstruel les fit cesser. Mais, quelques jours après la fin des règles, sans aucune cause qu'elle connaisse ou qu'elle veuille faire connaître, une perte abondante se déclara et détermina la malade à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brouardel. Cet éminent confrère essaya les médications les plus variées, y compris les bains chauds, les injections astringentes et les cautérisations utérines, sans obtenir la cessation de l'hémorrhagie. C'est alors qu'elle se découragea et se fit admettre à l'Hôtel-Dieu ; elle paraissait bien constituée, quoique pâle et d'un aspect un peu lymphatique ; elle se plaignait de faiblesse, continuait à perdre abondamment, et, plusieurs fois par jour, elle expulsait des caillots volumineux. L'examen de l'utérus ne fit rien constater qui expliquât la métrorrhagie : l'utérus a son volume normal ; il est mobile ; seulement il est attiré vers la paroi droite du bassin par des adhérences évidemment anciennes et organisées : elles sont souples ; la palpation,

combinée avec le toucher, fait constater l'absence de toute tumeur dans ce cul-de-sac, aussi bien que dans les autres. Le col est sain, Dans la région ovarienne gauche existe une sensibilité anomale qui s'accuse par la pression de la région iliaque aussi bien que par celle du cul-de-sac droit, au niveau de la base du ligament large. Comme la malade présentait quelques symptômes d'hystérie, je n'attachai pas tout d'abord une grande importance à ces phénomènes d'hyperesthésie ovarienne, à peu peu près constante chez les hystériques. Restait indéterminée la cause du travail morbide, évidemment inflammatoire, qui avait provoqué la formation de ces adhérences.

Je repassai par la série thérapeutique qu'avait déjà parcourue M. Brouardel : après avoir inutilement essayé le sulfate de quinine, les vésicatoires hypogastriques, je me demandai si une congestion chronique, avec état fongoïde de la muqueuse du col utérin, n'était pas la cause de cette hémorrhagie opiniâtre; je fis, à plusieurs reprises, fondre un crayon de nitrate d'argent dans la cavité du col; l'écoulement du sang fut suspendu pendant deux ou trois jours, mais recommença bientôt après. Cependant la malade s'affaiblissait de plus en plus, elle commençait à perdre l'appétit, elle souffrait de névralgies dans la tête et dans les bras; elle éprouvait des éblouissements dès qu'elle tentait de s'asseoir sur son lit.

Je me décidai alors à employer la médication préconisée par le Dr Chapman, et je fis faire, sur la région lombaire, à l'aide de son sac en caoutchouc, des applications d'eau aussi chaude que la malade pouvait le supporter; on renouvelait les applications toutes les trois heures; le lendemain, 16 février, l'hémorrhagie avait considérablement diminué; le 17, elle était complètement arrêtée et remplacée par un léger flux leucorrhéique. Les douleurs iliaques et sus-pubiennes, dont la malade s'était plainte pendant la durée de l'hémorrhagie, avaient considérablement augmenté depuis l'application de la chaleur; elles persistaient et la pression sur ces régions lui causait de vives souffrances; elle accusait aussi des sensations douloureuses dans la tête et dans les reins; en même temps la malade fut prise d'une dyspnée intense qui allait jusqu'à l'orthopnée; elle ne toussait pas, mais elle était hâletante, essoufflée et elle expectora environ un demi-verre de sang; sa voix était un peu rauque. En présence de cette congestion pulmonaire qui succédait à la congestion utéro-ovarienne, j'examinai avec soin la poitrine et je trouvai de la matité dans la région sus-claviculaire droite. Au-dessous de la clavicule et dans tout le reste de la poitrine, le son était normal; mais dans la région ganglionnaire de ce côté, je trouvai de la submatité, de la résistance au doigt; et la faiblesse du bruit respiratoire dans tout le côté droit, l'expiration subbronchique perçue au niveau de la partie interne de la fosse sus-

épineuse, ne me laissèrent aucun doute sur l'existence d'une adénopathie bronchique; la matité sus-claviculaire affirmait une induration du sommet droit à laquelle se rattachait l'engorgement des ganglions.

Au bout de huit à neuf jours, la dyspnée diminua sans cesser complètement; la sensibilité ovarienne persistait très-accentuée.

Au bout d'un mois les règles reparurent; mais, comme je l'avais prévu, elles prirent bientôt l'apparence d'une véritable perte; le souvenir des accidents qui avaient suivi la suspension de la première métrorrhagie me commandait de la prudence; j'attendis cinq jours avant d'intervenir. Mais la malade éprouvait des défaillances, la perte continuait avec violence; j'appliquai le sac d'eau chaude, et, en trente-six heures, comme la première fois, l'hémorrhagie fut complètement arrêtée. Après l'hémostase, les douleurs iliaques et sus-pubiennes augmentèrent; il y eut encore une hémoptysie, mais beaucoup moins abondante qu'à l'époque précédente; en revanche, la malade se mit à tousser, ce qu'elle n'avait pas fait jusque-là. Les deux époques suivantes se passèrent sans accident, sauf une abondance qui n'était pas en rapport avec les ressources de l'organisme et avec leur durée habituelle avant ces métrorrhagies. Mais la sensibilité ovarienne persista, et les accidents thoraciques durèrent pendant plus d'un mois. Ils sont atténués depuis le retour de la belle saison; mais les phénomènes plessimétriques et stéthoscopiques ne sont pas modifiés. Après la seconde époque menstruelle, j'ai fait appliquer un vésicatoire sur la région iliaque droite; j'ai fait étendre, tous les deux jours, de la teinture d'iode sur le sommet droit de la poitrine et sur la région ganglionnaire, en même temps qu'à l'intérieur j'ai prescrit des préparations arsenicales.

Quelques jours après que j'avais tenté, chez cette malade, l'emploi de la méthode du Dr Chapman, j'eus l'occasion d'en faire une seconde application chez une jeune femme de 22 ans, qui entra dans mon service le 22 janvier 1875.

Cette malade avait toujours joui d'une santé excellente. Mariée depuis trois ans, elle a fait une première couche à la fin de l'année 1872, une seconde le 15 décembre 1873; cette fois elle a donné le jour à deux enfants, qu'elle nourrit encore en ce moment.

En novembre 1874, onze mois après l'accouchement, les règles reparaissent et reviennent régulièrement tous les mois. Le 5 février, après un retard de 9 jours, et quelques excès dans les rapports sexuels, l'écoulement apparaît avec les caractères propres à la crise cataméniale, mais se prolonge au delà des limites habituelles. La malade, sans se défendre d'avoir fait une fausse couche, ne se rap-

pelle pas avoir rendu de caillots dans les premiers jours de la perte, et assure qu'elle n'a pas plus souffert que d'habitude.

C'est le 11 février seulement qu'elle a commencé à rendre des caillots et à ressentir des douleurs lombo-abdominales. Les jours suivants l'hémorrhagie s'aggrave de plus en plus, et elle se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 22 février, dans mon service.

L'utérus est mobile, un peu augmenté de volume et en rétroversion. Le col est ramolli et assez entr'ouvert pour permettre l'introduction de la moitié de la phalange. Ces signes rapprochés du récit de cette femme rendent très-probable que l'hémorrhagie était due à une fausse couche.

On laisse la malade en observation pendant deux jours sans autre traitement que les toniques et la position horizontale; elle continue à perdre abondamment et rend des caillots plusieurs fois par jour. La malade s'affaiblissait, elle était très-pâle, et avait eu des menaces de syncope.

Le 25 on commence des applications d'eau chaude dans la région lombaire, à l'aide du sac du Dr Chapman. Le 26 l'écoulement a diminué d'une manière sensible, le 27 il a complètement cessé. Dans la soirée, la malade accuse un peu de malaise; elle éprouve des bouffées de chaleur, de la pesanteur de tête, et, à plusieurs reprises, elle est sur le point de perdre connaissance. Le 28 ce malaise a disparu; les jours suivants la malade reprend des forces et l'hémorrhagie est définitivement arrêtée.

Six jours plus tard, l'examen de l'utérus me fit constater que le volume de l'organe avait diminué; l'orifice du col s'était considérablement rétréci, le doigt ne pouvait plus y pénétrer; vers le 8 mars, elle demande sa sortie, se sentant complètement rétablie.

Quelle était la cause de l'hémorrhagie chez la première de ces deux malades? Le toucher, le spéculum ne m'avaient fait constater aucune lésion de l'utérus; les hémostatiques ordinaires ayant échoué, je pensai, comme l'avait fait avant moi M. Brouardel, qu'il pouvait y avoir chez cette femme un de ces états de vascularisation anomale, une de ces altérations fongoïdes de la membrane muqueuse que Récamier traitait par le raclage, et qui, quand elles sont limitées au col, peuvent guérir par la cautérisation prolongée.

Je laissai fondre dans la cavité du col un crayon de nitrate d'argent, précaution nécessaire quand on veut faire une cautérisation hémostatique; une cautérisation superficielle, en effet, ne fait qu'irriter la membrane muqueuse, et, le plus souvent,

provoque une hémorrhagie plus abondante. A la suite de ces cautérisations prolongées, le flux sanguin fut suspendu pendant quelques jours pour reparaître bientôt. Me rappelant alors le petit sac à eau chaude que M. Chapman avait eu la bonté de me donner, je me décidai à en faire l'essai; je n'y avais pas, je l'avoue, grande confiance, mais je n'y voyais aucun inconvénient. Les forces de la malade s'épuisaient; l'anémie était profonde; il fallait tenter autre chose que ce qui avait été tenté jusque-là et n'avait pas réussi; d'une autre part, je me rappelais la confiance que Trousseau avait dans les injections chaudes pour combattre les métrorrhagies, l'action résolutive des lotions chaudes sur les congestions conjonctivales. Nous avons vu avec quelle rapidité avait disparu cette métrorrhagie qui résistait depuis six mois aux médications les plus variées. Je laissai le sac appliqué pendant huit jours; l'hémorrhagie ne reparut pas; mais, à peine la perte utérine avait-elle été suspendue, que la malade commença à éprouver des troubles de la respiration.

J'ai dit ce que me révéla l'examen attentif de la poitrine : les modifications de la sonorité dans la région ganglionnaire droite, la faiblesse du bruit respiratoire dans tout le poumon du même côté, attestaient l'existence d'une adénopathie bronchique, et, d'une autre part, la matité du sommet droit rapprochée des hémoptysies ne permettrait guère de douter que cette adénopathie ne fût symptomatique d'une induration tuberculeuse. Cette lésion avait joué le rôle de foyer d'appel pour la disposition congestive devenue depuis six mois une habitude morbide. De là cette dyspnée, cette anxiété thoracique, ces hémoptysies, qui se manifestèrent tout à coup après le brusque arrêt de l'hémorrhagie utérine. Cet arrêt de l'hémorrhagie me permit de me livrer à des investigations plus minutieuses et plus prolongées; je trouvai, comme la première fois, l'utérus mobile en tous sens. Son col était petit, arrondi, comme le col d'une nullipare; ferme, sans aucune lésion; on n'en trouvait aucune dans le corps légèrement antéversé; mais il était fortement entraîné à droite, et très-rapproché par son angle supérieur droit de la paroi droite du bassin; il était maintenu dans cette

position par des brides néoplasiques. La base du ligament large était douloureuse à la pression, mais souple; ce ligament n'était le siége d'aucun engorgement phlegmasique; la pression de l'hypogastre, combinée avec le toucher, n'y révélait aucun épaississement; d'ailleurs, si l'utérus était limité par des adhérences dans son mouvement de droite à gauche, on pouvait de gauche à droite le pousser sans obstacle contre la paroi pelvienne. En tenant compte des douleurs très-pénibles que la malade accusait dans la région iliaque, et de la sensibilité exquise développée par la plus légère pression dans cette même région, on ne pouvait guère douter qu'il n'y ait eu, chez cette femme, un travail phlegmasique qui avait évolué d'uue manière sourde, latente, dans le ligament large; il y avait laissé, à la suite, des néoplasies membraneuses et des adhérences, développées peut-être par une sorte d'inflammation sèche, comparable à celle qui produit les adhérences pleurales chez les tuberculeux; et à ce travail phlegmasique avaient pu succéder des névralgies, qui en sont la conséquence si fréquente, surtout chez les hystériques. Peut-être aussi ces douleurs pouvaient-elles être attribuées à une cause persistante d'irritation, dont ce processus inflammatoire avait été une manifestation.

En effet, cette inflammation supposait une cause incitatrice; elle est habituellement symptomatique d'un foyer d'irritation situé dans le voisinage. En rapprochant cette circonstance des anomalies plessimétriques et respiratoires que j'avais constatées au sommet du poumon, je pensai qu'il pouvait y avoir une connexion pathologique entre ces deux localisations morbides qui s'étaient si brusquement succédé, et que si la toux, le crachement de sang, la dyspnée, avaient pour cause une induration tuberculeuse, cette hémorrhagie inexpliquée qui avait persisté pendant six mois, rebelle à toutes les médications, et qui, par cette opiniâtreté même, semblait témoigner d'une cause profonde, pouvait dépendre d'une lésion tuberculeuse des trompes ou des ovaires; elle représentait alors une sorte d'hémoptysie utérine, exprimant cette tendance hémorrhagique du tubercule qu'on trouve dans toutes ses localisations.

Alors on s'expliquerait cette douleur constante dans la région

iliaque droite qui a succédé à l'hémorrhagie, cette inflammation pelvienne qui a laissé des adhérences à sa suite. Il y a dans la science des observations de tuberculose de l'ovaire accompagnées d'hémorrhagies répétées; la tuberculose des trompes est bien plus commune encore. M. le Dr de Sinéty, qui a fait des recherches sur ce sujet, m'a dit avoir trouvé, chez le plus grand nombre des femmes tuberculeuses, de la matière caséiforme dans les trompes; tandis qu'il en a trouvé beaucoup plus rarement dans l'ovaire. Partant de ce diagnostic, qui me paraît être entouré de vraisemblance et offrir une explication satisfaisante de l'ensemble des symptômes, j'annonçai que la prochaine époque menstruelle ramènerait très-probablement une nouvelle hémorrhagie. Un mois, en effet, après la suspension du flux métrorrhagique, et sans que la douleur iliaque ait cessé un seul jour, le sang parut avec une abondance tout à fait anomale; tandis qu'avant sa maladie, les règles coulaient peu et ne duraient que deux jours; en quelques heures des alèzes étaient traversées, et le quatrième jour cette ménorrhagie n'avait rien perdu de sa violence. Les lésions pulmonaires que l'examen du thorax m'avait révélées, l'hémoptysie qui avait succédé à la suppression du flux hémorrhagique, me faisaient hésiter devant un moyen qui pouvait le supprimer brusquement.

Cependant, voyant les forces de la malade s'épuiser, je prescrivis l'application du sac; le lendemain, je trouvai que la malade, redoutant la sensation pénible que causait à la peau une température très-élevée, avait fait mettre dans le sac de l'eau à peine tiède, et encore ne l'avait-elle pas gardé en place : l'hémorrhagie n'avait pas été modifiée. Je lui en fis comprendre le danger, et je plaçai moi-même ce sac après l'avoir rempli d'eau aussi chaude que la peau pouvait le supporter; le lendemain le sang avait presque entièrement cessé de couler, et douze heures après l'écoulement était définitivement arrêté. Mais la douleur iliaque avait augmenté depuis le début de cette période menstruelle, et le flux sanguin était à peine terminé, que la malade se mit à tousser, ce qu'elle n'avait pas fait jusque-là, et elle se plaignit de douleurs dans la poitrine. Cette toux, ajoutée aux

bide ; et en maintenant pendant plusieurs jours l'application de la chaleur, qui paraissait combattre la congestion, je fis l'application d'un large vésicatoire sur la région ovarienne, désirant par cette énergique dérivation sauvegarder en même temps les organes pelviens et les organes thoraciques.

J'ai dit que j'avais laissé le sac d'eau chaude appliqué sur la région lombaire pendant sept à huit jours, renouvelant l'eau dès qu'elle se refroidissait; mon intention était à la fois de prévenir une rechute, et, en maintenant l'action du modificateur sur le foyer congestif, d'éloigner peut-être les chances d'un travail inflammatoire succédant à une congestion imparfaitement domptée.

Comment agit l'eau chaude dans cette circonstance? Sans admettre le système dichotomique des méthodistes modernes, sans affirmer que la chaleur et le froid ainsi appliqués limitent leur action comme le croit le Dr Chapman, aux ganglions du grand sympathique, il faut bien, devant des faits aussi concluants, faits dont j'ai déjà cité les analogues observés par Trousseau et d'autres pathologistes, admettre que la chaleur très-intense, localisée dans cette région, amène une contraction des vaisseaux et peut-être des fibres utérines, ou au moins qu'elle diminue par un processus quelconque l'afflux du sang dans l'appareil utéro-ovarien.

Il y aurait à rechercher si, dans les phlegmasies, l'intervention de ce moyen pourrait être utile. Dans beaucoup de maladies inflammatoires, on a préconisé les applications chaudes. Il serait intéressant de rechercher aussi si l'excitation électrique ne pourrait pas dans quelques cas remplacer celle de la chaleur (1).

(1) J'ai observé cet hiver dans mon service deux malades atteints de catarrhe suffocant compliquant chez l'un une affection du cœur, chez un autre une tuberculose pulmonaire. Cette dernière malade, qui avait du râle sous-crépitant dans toute la poitrine et une dyspnée extrême, fut débarrassée en vingt-quatre heures de cette complication après l'application du sac à eau chaude du Dr Chapman. Chez le premier, la faradisation de la région interscapulaire pratiquée pendant dix minutes chaque jour fut suivie d'abord d'un soulagement immédiat et ensuite de la disparition du catarrhe suffocant. J'ajouterai que ces médications me paraissaient d'autant plus indiquées que pour moi j'ai toujours regardé le catarrhe suffocant comme une paralysie du poumon ; il y a une quinzaine

Le D[r] Chapman insiste sur le lieu de cette application, elle doit être faite, dit-il, sur la région lombaire, et non sur la région sacrée. La température la meilleure pour lui est celle de 46° centigrades, j'avais certainement dépassé ce chiffre.

On peut se demander également si la chaleur n'agit pas par dérivation au même titre mais avec plus d'énergie et de durée que le vésicatoire, souvent efficace dans la métrorrhagie comme j'ai eu l'occasion de le dire ailleurs; les observations cliniques éclairées par l'expérimentation physiologique pourront bientôt peut-être répondre à ces questions. Présentés comme résultat empirique et dégagés de toute explication préconçue, les faits que je viens de rapporter me paraissent dignes d'intérêt et me semblent appeler de nouvelles recherches. Les témoignages du D[r] Athill, de Dublin, viennent confirmer les assertions du D[r] Chapman et autorisent à penser qu'il ne s'agit pas ici seulement d'une de ces illusions qu'on rencontre trop souvent chez les inventeurs d'une méthode thérapeutique. Dans ces derniers temps, mon ami, le D[r] Cusco, instruit des résultats que j'avais obtenus, a essayé avec succès dans un cas d'hémorrhagie utérine, l'application de cataplasmes très-chauds sur la région lombaire : il est évident que les véhicules de la chaleur sont indifférents (1), et leur choix n'a d'importance qu'au point de vue de la commodité de leur application; le petit sac du Dr Chapman est très-commode, et je le recommande à mes lecteurs.

Bien entendu, et je tiens à le répéter, mes observations sont trop peu nombreuses pour que je me croie autorisé à porter un

---

d'années, j'avais tenté de stimuler directement les pneumogastriques à l'aide d'un courant induit très-faible porté dans l'intervalle des attaches inférieures du sterno-mastoïdien : je n'ai pas continué ces essais n'en ayant obtenu aucun résultat et craignant de troubler l'action cardiaque par une incitation du nerf de la dixième paire, incitation dont la mesure est bien difficile à apprécier. Il y a une dizaine d'années, j'avais eu l'idée d'essayer des courants continus très-faibles, j'avais fait même construire un petit appareil pour expérimenter ce moyen, mais cet appareil mal exécuté n'a pu fonctionner, et je n'ai pas encore donné suite à ce projet que je compte reprendre.

(1) Dernièrement chez un petit enfant affecté de bronchite capillaire, je me suis servi d'un sac de toile renfermant du son très-chaud.

jugement définitif sur la méthode du Dr Chapman. Je les donne parce qu'elles m'ont paru intéressantes et pouvant encourager de nouveaux essais. Nous voyons le froid et la chaleur vantés avec enthousiasme dans les mêmes maladies. Je n'entrerai pas dans les considérations physiologiques à l'aide desquelles on a cherché à concilier des doctrines aussi opposées. Les expériences n'ont pas encore été faites avec une rigueur scientifique suffisante pour qu'on puisse avoir sur ce point des opinions bien arrêtées.

RUPTURE DES KYSTES DE L'OVAIRE

DANS LE PÉRITOINE,

AVEC APPENDICE SUR LES RUPTURES DANS LES VISCÈRES AVOISINANTS, ETC.

Par le Dr G. Nepveu,
Ancien interne, Chef de Laboratoire à la Pitié,
Membre de la Société de biologie.

I. L'histoire clinique de la rupture des kystes de l'ovaire a été à peine ébauchée. Camus (*Revue médicale* 1844), puis Tilt (1851. *Medical Times*, statistique de 70 cas) ont essayé les premiers de tirer quelque chose de l'ensemble des faits qu'ils sont parvenus à réunir. Chéreau semble avoir publié une courte statistique sur le même sujet; quelques auteurs, du moins, la mentionnent et renvoient à l'*Union médicale*, 1847. Je n'ai pu la trouver malgré les recherches les plus minutieuses. Le Dr Puech, de Nîmes, le savant élève et ami de Courty, a mis généreusement à ma disposition une liste inédite de 35 cas.

Tous les faits précédents réunis à ceux que j'ai pu trouver de côté et d'autre forment un total de 155 cas; parmi les observations, les unes, il est vrai, ne sont réellement que de simples citations; d'autres sont tout incomplètes, peu d'entre elles répondent à toutes les questions qu'on peut agiter sur cet important sujet. Aussi, dès le début de ce travail, je dois dire que si j'ai publié cette courte esquisse, c'est dans l'espoir que

d'autres, plus favorisés que moi, s'appuyant sur des données plus complètes ou plus précises, pourront mener à bien cette entreprise.

Ce sujet n'est pas, comme on pourrait le croire, une simple étude de curiosité; la rupture d'un kyste ovarique dans la cavité péritonéale soulève immédiatement les plus graves problèmes de l'intervention chirurgicale. C'est une question de chirurgie d'urgence, qui se présente rarement, il est vrai, mais pour laquelle il y a intérêt, le cas échéant, à connaître ce qui s'est passé, ce qui a été fait dans des cas semblables.

Le nombre des observations de rupture de kystes de l'ovaire que j'ai pu rassembler de côté et d'autre est assez élevé.

Rupture dans la cavité péritonéale................	128 cas.
Rupture dans l'intestin (gros, grêle ou rectum)..	11 »
Rupture dans la vessie.........................	6 »
Rupture dans l'utérus..........................	1 »
Rupture dans le vagin..........................	2 »
Perforation de la paroi abdominale............	7 »
Total	155 cas.

Notre étude a surtout en vue la rupture des kystes ovariques dans la cavité péritonéale. Nous en séparerons nettement les cas de rupture dans la vessie, l'utérus, le vagin, mais pour les passer seulement en revue dans un chapitre à part, distinction que n'avaient pas faite Tilt et d'autres auteurs, et qui est cependant importante dans une statistique bien faite. Nous rejetterons complètement de la nôtre cinq faits de rupture de la trompe de Fallope, que Tilt maintenait à tort dans la sienne (1).

Les *causes* de la rupture des kystes ovariques sont extrêmement variées. Elles peuvent cependant se rapporter à deux grands groupes :

1° Rupture par traumatisme,

2° Rupture par altération des parois.

(1) Trompe de Fallope :

BARNES. — Rupture, 1861, II, p. 622, *Medical Times*.

SAGER. — Meissner, Maladies des femmes. Liquide mêlé avec substance caséeuse.

MORGAGNI. — Lettres 38. Kyste stéomateux.

RUSSELL. — *Prov. med. und surg.*, 1848. Rupture d'un kyste de Fallope.

CRISP. — T. XIX, p. 189. Rupture d'un kyste de la trompe de Fallope.

I. Rupture par traumatisme.

A. L'action d'un vomitif (Pollard, Percival), les secousses que produit la toux (Hamilton), l'action de se baisser pour dénouer ses bottines (Trousseau), des efforts violents (Olésius), un accès de rire (Morgagni).

Voilà une série de violences qui sont d'ordre physiologique et qui dépendent du jeu normal des muscles. A cet ordre de causes se rattachent les *ruptures de kystes ovariques pendant la grossesse et l'accouchement.*

a. Pendant la grossesse. — Lorsque la tumeur ovarique est située dans la cavité du bassin, elle entrave le développement de l'utérus, le déplace, et devient plus tard un cas de dystocie. D'autres fois, elle se rompt; la raison s'en comprend facilement: ces deux tumeurs se gênent dans l'étroite filière du bassin et, chose remarquable, c'est toujours à cette période, lorsque l'utérus est confiné comme le kyste dans le petit bassin, que la rupture a lieu. Dans deux cas, la rupture, arrivée dans les premières semaines de la gestation (Sangalli et Schmidt), a amené la mort. Les faits de Begbie, Gibson sont plus heureux. Spencer Wells, dans un cas semblable, se crut obligé de faire l'ovariotomie pour une rupture au quatrième mois de la grossesse. La femme guérit et accoucha à terme. Spencer cite trois autres cas où la rupture amena la mort subite. Quant au fait de Casati, la rupture a eu lieu par la paroi abdominale.

Sur cinq observations deux morts.

b. Pendant le travail. — Ce même phénomène (rupture) s'est présenté dans deux observations au moment même du travail (Headland, Peddie); la terminaison a été heureuse. Scanzoni rapporte un fait d'écoulement du liquide ovarique par le rectum.

B. Le chirurgien (consulter sur le même sujet la thèse de Teinturier, 1872) peut être la cause involontaire d'un semblable accident. La simple exploration chirurgicale des organes génitaux internes a suffi pour la provoquer (Seymour, Rickards);

il y avait alors dans les parois du kyste des altérations capables d'expliquer ces funestes résultats. De même, l'introduction dans le col utérin d'un bâtonnet chargé d'ergotine a produit (Chrobak) le même accident. A la suite d'une ponction, le liquide ovarique (Paetsch) peut s'écouler dans l'abdomen. Pendant la ponction même, un mouvement brusque fait par la malade (Dupuytren), ou bien encore l'indiscipline d'une malheureuse femme enceinte qui arrache un tube à demeure et retourne chez elle à pied (Barth), sont tout aussi funestes.

Rappelons ici la tentative hardie de Récamier qui proposa et exécuta, après le plus grand succès, la section sous-cutanée d'un kyste de l'ovaire.

C. Un coup de tête, un coup de pied (Hupier), un coup de poing (Oppolzer), une chute de voiture, dans les escaliers, du haut d'une échelle, une chute sur le sol, soit en marchant, soit en courant avec une impulsion plus ou moins vive, voilà, il faut le dire, une série de causes dont quelques-unes sont parmi toutes les plus fréquentes (chute).

II. Altérations des parois kystiques.

Il serait difficile d'apprécier exactement la valeur réelle de quelques-unes des causes traumatiques précédentes, si on ne supposait pas une altération préalable des parois kystiques, enflammées ou ramollies par un néoplasme quelconque. Elles se rompent alors sous le moindre effort; ainsi s'expliquent ces ruptures à la suite d'une simple exploration, d'un accès de fou rire, etc.; nous sommes ainsi amené à la classe des ruptures spontanées.

a. Un ramollissement inflammatoire de la paroi explique la production de cet accident dans les faits suivants : Barth, Barthscher, Crisp, Demeaux, Dance, Danville, Faye, Goyrand, Mayne, Maunoir, Mauriac, Niemeyer, Spiegelberg, Sidey, Simpson, Thibault, Verneuil. Dans ces divers cas, on a pu reconnaître par l'autopsie la nature de la perforation ; dans d'autres la lésion n'a pu être étudiée anatomiquement et n'était caractérisée que par l'ensemble symptomatique.

Au ramollissement inflammatoire à proprement parler, il faut rapporter l'ouverture de certains kystes dermoïdes. (Herapath, Levin, Meyer, Sangalli.)

b. Après l'accouchement. — Nous avons pu trouver six observations de rupture de kystes ovariques après l'accouchement. Sur ces 6 cas, 5 morts (Faye vingt-quatre heures après; Maunoir, douze jours après l'accouchement; Thibault, sept jours. Sidéy, vingt-deux jours. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales,* 1874). Une guérison (Lamvers).

La coïncidence de la fièvre traumatique chez l'accouchée, quelquefois d'une véritable septicémie puerpérale, avec un kyste de l'ovaire qui a été déjà plus ou moins lésé par les violences du travail de l'accouchement, expliquent comment l'inflammation et la suppuration du kyste peuvent se produire dans ces circonstances. Parfois même la rupture de l'ovaire n'est qu'une complication ultime; ainsi dans l'observation de Thibault, l'accouchement a lieu le 4 avril; le 5, la péritonite commence; le 11, la malade meurt. Le kyste ovarique suppuré offrait deux orifices Il y avait du pus dans les lymphatiques jusqu'au canal de Pecquet. La septicémie puerpérale est nettement ici la cause dominante de la mort.

Lumpe rapporte l'histoire d'une nouvelle accouchée dont le kyste s'ouvrit dans le gros intestin.

c. Une autre série de faits se range à côté de ceux-ci. Ce sont ceux qui reconnaissent pour cause une altération néoplasique des parois kystiques (cancer, etc.).

Dans quelques cas la suppuration s'est associée à la néoplasie pour amener ce funeste résultat (Mauriac).

III. Symptomatologie

Dans quelques cas rares (Boyer, Tilt, etc.) la rupture des kystes de l'ovaire dans la cavité péritonéale n'est *précédée ni suivie d'aucun symptôme appréciable*, excepté les signes physiques (déformation du ventre, etc.).

Dans d'autres, la perforation a été *précédée par des phénomènes inflammatoires* plus ou moins intenses (Dance, Briquet, etc.).

Dans ces cas, des douleurs localisées plus ou moins vives ont précédé la rupture même et au moment où celle-ci s'est produite des douleurs poignantes ont éclaté dans le bas-ventre. Les douleurs qui précèdent la rupture ont duré 4 à 5 jours (Crisp), une trentaine de jours (Rickards).

La *rupture* est ici *annoncée* par des *douleurs* d'une intensité extrême; dans d'autres occasions, par une *sensation bizarre ;* il semblait que les intestins tournaient dans le ventre (Bright). Une *sensation de rupture* avertit quelques maladès; en se baissant une malade de Trousseau sentit parfaitement bien se rompre son kyste. Avec cette sensation de rupture, une malade de Morgagni décrivait une *pesanteur* dans le bas-ventre ; elle disait qu'un véritable poids tombait sur le côté sur lequel elle se couchait.

Au moment de la rupture se produisent aussi quelques *accidents particuliers ;* tantôt une simple faiblesse (Gautier), tantôt une défaillance notable (Weiglein), tantôt enfin une véritable syncope (Farrar, Milner-Barry). Dans d'autres cas, la maladie présente des phénomènes inverses, des convulsions (Weiglein), ou des accès hystériques soudains (Spencer Wells).

La rupture effectuée, l'aspect de l'abdomen est tout à fait changé.

Les commémoratifs apprennent qu'une *tumeur* siégeant dans l'abdomen *a disparu.* A la place d'une saillie plus ou moins dure constatée depuis longtemps par la malade, on trouve maintenant que la *paroi abdominale* est *molle et dépressible*, que le ventre est uniformément tuméfié ; il n'y a plus de saillie médiane, il n'y a plus de corps résistant au palper. On peut percevoir à la percussion un *son clair là où il y avait de la matité.* On peut en outre produire une véritable *ondulation du liquide renfermé maintenant dans la cavité péritonéale.*

Ces derniers signes physiques sont quelquefois difficiles à constater. Des douleurs poignantes, dont le siége est souvent peu déterminé, quelquefois à la région sus-pubienne (Trauwein), suivent le plus souvent la rupture. Une péritonite suraiguë ou subaiguë éclate généralement, et bientôt des nausées, des vomissements, une fièvre violente précédée de frissons

intenses. Dans les cas graves, il survient une cyanose rapide, du météorisme et de la tympanite et la malade meurt rapidement.

Dans d'autres cas plus rares, les accidents de rupture se localisent pour se généraliser plus tard; aussi la durée de la péritonite est-elle beaucoup plus longue.

A côté de ces phénomènes classiques de la péritonite aigue ou chroniqueon observe aussi quelques phénomènes singuliers: une miction très-copieuse (Bacher, Deville, Morgagni), une salivation très-profuse (Laënnec).

La mort est la conséquence de cet accident dans la moitié des cas environ. J'ai rassemblé une statistique de 127 cas de rupture dans l'abdomen. Sur ce total il y a 63 morts.

Dans 22 observations où j'ai pu trouver une désignation de la durée des accidents, j'ai trouvé 6 *cas de mort subite* (Hamilton, Bright, obs. 16; Sidey, 3 cas de Spencer Wells pendant la grossesse).

Dans huit faits, *la mort a été rapide.*

Au bout de 12 heures (Mauriac).
— de 17 (Crisp).
— de 24 (Menzel, Courty, Goyrand).
— de 55 (Faye).
— de 3 jours (Rickards, Demeaux).
— de 4 jours (Trautwein, Weiglein).

Dans le reste de ces 22 faits, la durée de la péritonite n'a pas dépassé douze jours.

6 jours (Magne).
7 — (Verneuil, Thibault).
8 — (Chrobak).
9 — (Oppolzer).
12 — (Maunoir).

Comme complication bizarre et exceptionnelle dans l'histoire de ces kystes, il faut citer le pincement des anses intestinales dans l'orifice du kyste (Danville).

MORTS.

BRIGHT. — *Guy's hosp. Rep.* III. Obs. 6. 24 ans. Kyste, anasarque et asc[illegible] Péritonite, rupture et mort. Liquide brun rougeâtre et grumeux d'[illegible] kyste multiloculaire.

BOIVIN. — *Maladies des femmes.* Liquide rouge brun.

BRIGHT. — *Guy's hospital, Rep.*, III. Obs. 16. 42 ans. Kyste depuis plusieurs années. Mort subite. Paroi mince, liquide gélatineux. Sensation bizarre; ses boyaux tournoient.

Id. — *Guy's hospital, Rep.*, III, p. 199. Obs. 18. 37 ans. Deux ruptures dans le péritoine, inflammation du kyste et des parties voisines. Mort.

BRAUN. — *Œst. Zeit. f. Prakt. Heilk.*, 1861, n° 40. Mort rapide.

BARTH. — *Union médicale*, 1856, n. 125, 37 ans. Kyste depuis deux ans. Ponction : tube de caoutchouc à demeure. La malade enlève le tube et retourne à pied chez elle. Fausse couche d'un fœtus de 5 mois et mort deux jours après. Kyste ouvert à la partie supérieure.

BARTSCHER. — *Monats. f. Geb. K.*, 1855. 30 ans. Kyste en huit mois. En quelques heures mort. Opération césarienne. Sérum floconneux, paroi avec dépôt de fibrine, cholestérine.

BARNESET NICHOLSON. — *Lancet*, 1861. 42 ans. Coup de tête, rupture, mort quatorze jours après. Kyste multiloculaire. Douleurs continues et vomissements perpétuels.

COURTY. — *Traité*, 2e édition, p. 1083, note. Cystosarcôme multiloculaire. Ponction. Mort en vingt-quatre heures à la suite d'épanchement.

CRISP. — *London med. Gaz.*, II. Obs. 2. Liquide chocolat. 49 ans, jamais d'enfants. Douleurs depuis quatre à cinq jours. Liquide analogue à du pus; mort au bout de dix-sept heures.

Id. — *London Exam.*, 1850, avril; *Schmidt Jahrbücher*, t. 69, p. 189. Frissons et fièvre depuis deux jours. Péritonite subaiguë, puis mort en quelques heures. Kyste rempli de sang, puis un autre vide.

CHROBAK. — *Wien. Med. Press*, X, 14, 1869. 45 ans. Métrorrhagies; introduction dans le col d'un bâtonnet avec ergotine. Deux jours après, douleurs, péritonite, mort huit jours après. Kyste gros comme une noix, mince.

DELPECH. — *Chirurgie clinique*. Ruptures répétées.

DANCE. — *Arch. de médec.*, 1829. 19 ans. Jeune fille. Inflammation, rupture, liquide épais, bourbeux.

DANVILLE. — *London med. Gazette*, 1842. Kyste avec une foule de corpuscules granuleux, pincement des anses intestinales dans l'orifice du kyste.

DISSE. — *Geburtskunde*, 1857, p. 375, I. Première rupture dans le péritoine, 1857; deuxième rupture en 1859. Mort. Kyste depuis quinze ans, liquide opalin.

DEMEAUX. — *Soc. anat.*, 1842, tome XVII, p. 158. 40 ans. Polype utérin, toucher vaginal deux fois. Détachement spontané du polype. Péritonite; mort en trois jours. Kyste purulent.

DUPUYTREN. — *Gaz. méd.*, 1837, p. 25, note. Ponction d'un kyste ovarique, mouvement brusque de la malade. Impossible de réintroduire la canule. Ecoulement du liquide dans l'abdomen; mort de péritonite.

FAYE. — *Norsk. Mojosk*, XIII, t. 7, p. 665, 1859. 29 ans. Accouchement avec forceps. Vingt-quatre heures après, douleurs dans le bas-ventre; mort cinquante-six heures après l'accouchement. Kyste suppuré.

FULLER. — *Gaz. hebd.*, 1859, p. 493. 35 ans. Kyste développé en un mois. 4 ponctions, mort au bout de six mois. Rupture, intestins baignaient dans un liquide brunâtre avec masses encéphaloïdes.

GOYRAND. — *Vidal de Cassis*, IV, 580. Mort en vingt-quatre heures. Kyste suppuré.

HERAPATH. — *Edinburgh Med. Journ.*, 1849. Substance stéomateuse avec cheveux ; mort onze semaines après.

HARDY DE HULL. — *Lancet*, 1845. Cheveux et substance coagulée.

HAMILTON. — Voyez ses œuvres. Toux et mort immédiate.

LEVIN. — *Geburtsk*, 1853, II, 154. *Hygiea*, vol. 13. 1847. Kyste de l'ovaire. 49 ans ; rupture, péritonite légère. Guérison. — 1851. Mort après une dernière ponction. Kyste dermoïde.

MENZEL. — *Gaz. méd.*, 1873, p. 487 (*il Morgagni*). Première ponction, issue du liquide gélatineux dans l'abdomen. Au bout d'un mois. Deuxième ponction. Mort le lendemain. Autopsie. Péritonite chronique.

CARLO MAZZONI. — *Communiqué à Titt.* Liquide séreux, mort quatre mois après avec péritonite chronique et abcès ouvert dans le côlon.

MAURIAC. — 1853. 58 ans. Kyste cancéreux avec pus floconneux, péritonite: mort douze heures après.

MAUNOIR. — *Mém. de chir. étrang.*, 1. Genève. Accouchement sept jours après, érisipèle de l'abdomen; mort douze jours après l'accouchement. Autopsie. Kyste purulent ouvert dans les parois de l'abdomen. Cette femme avait été ponctionnée sept fois par Maunoir.

MEYER. — *Deutsche Klinik*, 1860. Air dans le kyste, diarrhée, marasme; mort. Poils, cheveux et pus.

MAYNE. — *Dublin hosp. Gazette*, 1857, p. 53. 54 ans, pas d'enfants. Kyste depuis vingt ans, rupture. Péritonite; mort le sixième jour. Kyste de l'ovaire gros comme le poing avec enveloppe calcifiée, se rompit en un point où l'enveloppe calcifiée était faible dans le péritoine. La matière athéromateuse, amassée depuis vingt ans dans le kyste, amena une péritonite. Fluide jaune vert, consistance caséeuse comme la matière scrofuleuse, aiguilles de calcification, pas de dents ni de cheveux.

NIEMEYER. — *Traité de pathologie*, 2e édition. Mort à la quatrième ponction. Liquide épais, véritable bouillie, riche en cholestérine.

OPPOLZER, — *Wien. Med. Presse*, 1869. — Kyste à parois minces, volume d'une noix, perforation de la grosseur d'un grain d'orge. Péritonite généralisée; mort au bout de neuf jours.

POLLARD. — *Lancet*, 1848. Hémorrhagie très-faible à la suite de vomitifs.

RICKARDS. — *Lancet*, II, 26, 203, 1867. 54 ans. Kyste cancéreux médullaire, exploration légère le 7 novembre. Douleurs, puis le 19 vives douleurs et mort. Sang, flocons jaunes, masses fongoïdes.

SEYMOUR. — *On diseases of ovaries*. 2 cas dont un déterminé par l'exploration chirurgicale.

CARLO SECCHI. — Rupture de kyste multiloculaire.

Id. — *In Omodei Annali univ. di medicina*, LXIII. Kyste avec gelée.

SANSON. — *Phys. trans.*, 140. Kyste hydatique.

SIMPSON. — *Carmach's Journ.*, VI. Ulcérations profondes des parois du kyste à la face interne.

SPIEGELBERG. — *Arch. für Gynækologie*, 1870. 1° 42 ans, veuve, 6 enfants. Kyste depuis trois ans, 3 ponctions, la dernière 2,400 c. cubes retirés après la rupture, par albumine, cellules colloïdes, cholestérine. Ovariotomie, mort. Kystome papillaire avec rupture; 2° 39 ans, 1 enfant.

2 ponctions sans résultat, mort. Liquide glaireux, 30 perforations au kystome glandulaire. Péritonite chronique; 3° 27 ans, tumeur date d'un an et demi. Péritonite locale qui tend à se généraliser. Mort. Liquide purulent et caillots sanguins.

SCHMIDT. — *Monatsch f. Geburtsk*, 1860. Kyste dans les premiers mois de la gestation. Mort.

SIDEY. — *Monthly Journal*, 1854, may 462. 36 ans, 5 enfants. Accouchement le 29 décembre. Le 10 janvier surviennent des douleurs, de la faiblesse, une hémorrhagie, puis une péritonite. Vomissements, tympanite, dyspnée. Mort le 21, 2 ouvertures sur le kyste multiloculaire.

Id. — 36 ans. Kyste depuis 1810. Augmentation rapide, ponctions. A la deuxième, frissons, douleurs, vomissements, tension de l'abdomen, rupture de l'ouverture de la ponction, écoulement de pus en dehors. Pendant trois mois, mêmes symptômes se présentant par intervalles, puis mort subite. Rupture dans le péritoine.

SANGALLI. — *Annal. univ. di medic.* Luglio, 1859. Kyste dermoïde dans les premiers mois de la gestation. Mort.

TAVIGNOT. — Journal *l'Expérience*, obs. de Tavignot, service de Blandin. 2 morts.

TRAUTWEIN. — *W. Wochsch*, 36, 1847. Jeune fille. Fièvre au bout de six jours. Douleurs pubiennes, vomissements, péritonite. Mort en quatre jours. Kyste hydatique de l'ovaire.

THIBAUT. — *Soc. anat.*, 1842, t. XVII, p. 158. 24 ans. Accouchement le 4 avril. Nausées, vomissements, péritonite. Mort le 11. Liquide séro-purulent dans l'abdomen. Kyste ovarique, 2 ouvertures. Pus dans les lymphatiques jusqu'au canal de Pecquet.

G. THOMAS. — *Diseases of women*, 1872, p. 666. 2 cas de rupture. Mort par péritonite.

VERNEUIL. — *Soc. anat.*, 1869. Coïncidence d'un polype avec un kyste de l'ovaire. Péritonite; mort en sept jours.

Id. — *Soc. anat.*, 1875, présenté par M. Mortinet, interne des hôpitaux. Kyste purulent, 3 ponctions, injection iodée. Rupture trois semaines après avec douleurs atroces, cyanose, etc.

WEPFER. — *Morgagni Epist.*, 38. Contenu non mentionné.

WEIGLEIN. — *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1834-35, II, 92. 32 ans, 2 enfants. Kyste de l'ovaire. Saisie brusquement de douleurs poignantes dans le bas-ventre. Défaillances, convulsions. Plus de tumeur. Ventre uniformément gonflé. Péritonite déclarée. Mort quatre jours après. Liquide trouble; kyste multiloculaire.

SPENCER WELLS. — *Medic. Times*, 1870. 3 cas de ruptures de kystes avec grossesse. Mort subite.

Id. — *Medic. Times*, 1861, mars, II, p. 246. 53 ans. Kyste et ascite, ponction de l'ascite; on retire 8 pintes. La seconde nuit, accès hystériques soudains. L'abdomen est aussi volumineux qu'avant; légère péritonite. Mort cinq jours après la ponction, sérum trouble, péritonite étendue, peu de sang; petit bassin rempli de matière gélatineuse.

Id. — *Ephémérides des curieux de la nature*, déc. 11, an. I, obs. 183. 26 ans. Rupture de l'ovaire, sérosité.

Id. — *Soc. anat.*, 1854, p. 152. Kyste multiloculaire renfermant une matière glaireuse, rompue à sa partie postérieure dans le péritoine.

Une *guérison* plus ou moins nette s'observe dans la moitié des autres cas de notre statistique (64 cas).

La guérison fut incomplète dans 21 faits, et suivie ou non de péritonite, mais toujours de réapparitions du kyste.

Les kystes ainsi reparus se rompirent même une deuxième fois (Moriceau, Delpech, Bluff, Wolley, Lane, Trousseau, Lasègue, voir notre deuxième tableau) et une troisième fois (Camus).

2 malades moururent de péritonite à la seconde rupture (Lasègue, Bluff).

La guérison a été définitive et complète dans 43 cas.

La guérison n'a été enregistrée comme telle qu'après une longue observation. Elle n'a été complète qu'après plusieurs ruptures répétées (Sidey, Locock, Hey, Bonfils). Elle a été prouvée par l'autopsie pratiquée pour des maladies intercurrentes dans quelques cas (Locock, Blundell, Spalding, Sidey, etc.). Dans d'autres, on a pu sentir à travers la paroi abdominale, au bout de quelques années, le moignon ratatiné du kyste (Milner Barry, Farrar).

La plupart des malades ne sont arrivées à la guérison qu'à travers des accidents plus ou moins graves, de la péritonite. C'est la majorité des cas. Ce fait est très-important à noter au point de vue de certaines tentatives thérapeutiques que nous aurons à juger plus loin.

GUÉRISONS.

ADDISON. — *Gaz. méd.*, 1837, 25. 44 ans, 1 seul enfant. Kyste depuis cinq ans. Chute sur le sol. Péritonite, durée quinze jours. Guérison complète.

BACHER. — *Revue médic.*, 1844, art. de Camus. Chute violente. Rupture. Urines copieuses; fièvre légère.

BEAUMONT DE GRAVESEND. — Cas donné au Dr Bright, *Guy's hosp., Rep.*, vol. III.

BENNET. — Non publiée.

BLUNDELL. — *Lect. on Midwifery*, 1832. Guérison prouvée par autopsie. Chute de voiture.

MILNER-BARRY. — *Med. Times*, 1861, july 11, p. 31. 32 ans, mariée, 5 enfants. Chute sur le sol. Syncope, malade quelques jours; vue trois ans après parfaitement guérie. Légère intumescence de l'ovaire droit.

BONFILS. — *Rapport de Bérard à l'Acad.*, 1843. Guérie définitivement après plusieurs ruptures.

BROWN. — Non publié. Quelques péritonites ; cure radicale prouvée par l'autopsie dix ans après l'attaque.

DOBIGNY. — *Mém. de la Soc. de méd. prat.* Cas de guérison après miction considérable.

DEVILLE. — Camus. *Conn. chir.*, 1844. Kyste depuis seize ans, 2 ponctions. Chute sur l'escalier. Rupture ; urines copieuses ; 45 ponctions.

FRORIEPS. — *Notabilia Weimann.* 1836. Chute dans les escaliers ; péritonite.

FARRAR. — *Brit. méd. Journal*, 23 octobre 1858, ou *Gaz. hebd.*, 1859, 63. 36 ans. Depuis dix ans kyste de l'ovaire. Chute sur l'abdomen. Syncope, frissons répétés, fièvre, douleurs. Amaigrissement, œdème des extrémités. Guérison un mois après. Dureté au niveau du pédicule treize mois après.

GAUTIER. — *Union médicale*, 366. 29 ans. Chute, rupture, syncope. Pas de douleur. Guérison.

GIBSON. — *Monthly Journal*, 1874. Rupture pendant la grossesse. Guérison.

HEY. — *Clay's Obstetric Journ.* Ruptures répétées.

HEADLAND. — *Lancet*, 1844. Rupture durant le travail.

HUPIER. — V. Boinet. Coup de pied. Guérison.

KISSAM. *New Engl. Journal*, 1816. Ponction six semaines après la rupture, perdit une grande quantité de sérum sanguinolent.

LANE. — Non publié.

LAENNEC. — *Revue méd.*, IV, 1828. Salivation profuse.

LAUWERS. — *Gaz. hebd.*, 1857, p. 38. Accouchement. Kyste concomitant de l'ovaire pris pour un second enfant. Ascite, rupture et guérison après vomissements. Douleurs très-étendues et cyanose.

LEBERT. — *Phys. pathol.*, II, 71. Péritonite.

LEMBERT. — *Gaz. méd.*, 1858, p. 819. Kyste depuis vingt ans. Chute d'une échelle. Accidents graves. Huit jours après, guérison complète.

LOCOCK. — *London med. Gaz.*, 1847. Ruptures répétées. Liquide verdâtre comme de la purée de lentille tiré par ponction. Autopsie.

LOWNDES. — *Mém. de la Soc. de médecine de Londres*, III. Riding in an open chair, she was thrown out by accident. Guérison.

MARCHAND. — *Union*, 1856, 131. Accouchement heureux. Deux mois après, chute et rupture d'un kyste. Ponction par Boinet ; retire 5 à 6 litres de liquide rougeâtre. Guérison.

MARONI CAR (de Florence). — Non publié.

OLESIUS. — *De hydrape ovarium.* Effort.

OPPOLZER. — *Communic. orale.* Kyste guéri par coup de poing.

PAETSCH. — *Berlin*, 1835. Effusion à la suite de paracentèse.

PEDDIE. — *Medic. Times*, 1840. Rupture durant le travail.

PERCIVAL. — *Medical Essays*, I. Rupture causée par l'émétique.

V. PLATZER. — *Spitals Zeitung.* Tumeur arrondie, fluctuante, probablement développée dans l'ovaire gauche, gênant les fonctions de la vessie et du rectum. Accidents de rupture. Péritonite légère. Guérison.

PUECH. — *Communication de M. Puech.* En 1866, femme de 32 ans, mère de 8 enfants. Avait un kyste de l'ovaire droit du volume de la tête d'un

adulte. Chute, disparition de la tumeur après une péritonite très grave. Guérison complète.

RÉCAMIER. — Non publié.

REIGUIER. Id.

SPALDING. — *New Engl. Journal*, 1816. — Mort quelques années après de cancer utérin.

STEINTHAL. — *Monatschrift Geb. K.*, 1859. Rupture. Ponction par Herzberz. Liquide clair.

SIDEY. — *Monthly Journ.*, 1874. Kyste depuis 1848. Ruptures répétées. Guérison. Mort d'affection différente.

TILT. — Non publié. Chute dans des escaliers, pas de péritonite.

TROUSSEAU. — *Gaz. méd.*, 1856, 671. Dame en 1857. Se baisse pour nouer le cordon de sa bottine, sentit quelque chose se rompre ; péritonite. Guérison.

WHITE. — *Buffalo med. Journ.*, 1845. Rupture par chute.

SP. WELLS. — *Med. Times*, 1870. Rupture avec grossesse au quatrième mois. Péritonite, ovariotomie. Guérison. Accouchement normal.

AMÉLIORATIONS

ADDISON. — *Guy's hosp. Rep.*, III. Péritonite. Guérison pour cinq ans. Kyste malin.

BOYER. — VIII, 432, Pas de péritonite. Kyste guéri pour trois ans et demi.

BRIGHT. — *Guy's hosp. Rep.*, III, obs. 20. Réapparition. Mort deux ans après d'épuisement.

BEGBIE. — *Lancet*, 1849, Rupture durant la grossesse.

BLUFF. — Journal l'*Expérience*, I, Cazeaux, thèse d'ag., 1844. 52 ans. 18 ans de mariage, 1 enfant. Première rupture ; deuxième, mort.

CAMUS. — *Rev. méd.*, 1834. 45 ans. 3 ruptures. Chaque fois des accidents graves. Finit par guérir.

ASTHLEY COOPER. — *Surgical Works*. Reproduit après sept années.

DELPECH. — *Chirurgie clinique*. Ruptures répétées.

DUNCAN. — Non publié.

EAGER. — *Lancet*, 1849. Ruptures durant la grossesse.

GAITSKILL. — *Blundell's lectures on midwifery*. Chute.

LANE. — Non publié.

LASÈGUE. — *Gaz. méd.*, 1856, p. 671. 51 ans. 4 ponctions, rupture; deux ans après réapparition du kyste. Nouvelle rupture, mort quelques jours après.

MORGAGNI. — Lettres 38, 39. Rupture par violent accès de rire. Miction très forte. Le kyste était rempli la nuit suivante.

MOIR. — Non publié.

MORICEAU. — *Traité d'accouchements*, II. 2 ruptures. Guérison. Obs. 249.

RÉCAMIER. — Cas donné par l'auteur. Liquide écoulé par section sous-cutanée.

NATHAN SMITH. — *London medical Phys. Journal*, 1822.

SIMPSON. — 56 ans. 44 ponctions pratiquées. Chute, rupture du kyste. Péritonite consécutive, reproduction du kyste.

TROUSSEAU. — *Gaz. méd.*, 1856; idem, 671. Anglaise de 26 ans. 3 ponctions

en six mois. En se baissant, rupture. Péritonite; amélioration, réapparition du kyste. Deuxième rupture, péritonite, amélioration.

WOLLEY. — Voir Tilt.

IV. Anatomie pathologique.

De nombreuses considérations se rapportent à ce chapitre, mais ici, comme sur d'autres points, nous ne pourrons répondre qu'avec la plus grande réserve, faute de données suffisantes.

La variété anatomique de ces kystes n'a pas été l'objet de beaucoup d'attention. Sur le nombre total des cas d'autopsie, on ne la trouve mentionnée qu'un petit nombre de fois. Six kystes mnltiloculaires, quatre simples, quatre cancéreux, deux hydatiques, cinq dermoïdes. Un kystome papillaire, kystome glandulaire (Spiegelberg).

En somme, toutes les variétés de kystes peuvent être l'objet de ruptures traumatiques, mais peut-être il y en a-t-il certaines qui soient plus exposées aux ruptures spontanées. La perforation ou rupture est le plus souvent unique, parfois multiple (Spiegelberg, 30 perforations avec péritonite chronique, Bright, 2, Sidey, deux ouvertures).

Ces kystes sont tantôt rompus dans leur poche postérieure (Soc. anat. 1854), tantôt à la partie supérieure (Barth). Le point de rupture n'est pas toujours nettement désigné.

Les lésions du péritoine, trouvées à l'autopsie, sont celles de la péritonite aiguë dans la grande majorité des cas, chroniques dans quelques-uns (Herapath, E. Marroni, etc.).

Toutes ces données anatomiques sont bien pauvres et ne sortent guère du domaine des généralités.

V.

Au point de vue de la physiologie pathologique, et de la *pathogénie des accidents* qui suivent la rupture des kystes ovariques, quelques points d'une grande importance attirent l'attention.

Les liquides épanchés dans le péritoine sont très-variables.

Ont-ils tous la même action ? Tous les auteurs qui ont écrit sur le sujet se sont fait la même question. Camus, Crisp, Tilt parlent des qualités irritantes « acridity » du contenu des kystes ovariques. West, Scanzoni, Simpson font remarquer que les différences dans la qualité du liquide doivent expliquer les différences d'action. En tout cas, dit West, cette hypothèse, probable certainement, n'est pas prouvée et est bien insuffisante pour devenir la base d'un traitement (Diseases of women). Mais aucun auteur n'a essayé de faire ressortir le fait par l'étude de la statistique des cas où la nature du liquide a été mentionnée. Dans 49 cas seulement, la nature du liquide a été désignée. Sur ce nombre total il y a eu 4 guérisons, et toutes pour des épanchements de sérosité dans la cavité péritonéale.

Pus. — Dans 19 observations, le contenu du kyste était du pus, soit liquide, pus complètement pur, pus séreux, soit caséeux stéatomateux, disent les autres.

1° *Pus mêlé au sérum* (les chiffres qui suivent le nom d'auteur indiquent la date de la mort après la rupture), Danville, Barth (mort en 2 jours), Faye (en 56 heures), Verneuil (7 jours), Simpson, Goyrand (24 heures), Rickards (2 jours), Crisp (17 heures), Demeaux (3 jours), Maunoir, Thibaut, Mauriac (12 heures), Weiglein (4 jours), Sidey (mort subite), Spiegelberg, *Journal des conn. médico-chirurg.* 1844.

2° *Pus caséeux.* Dance, Niemeyer. — La mort a lieu très-rapidement comme l'on voit ; une fois le pus parvenu dans le péritoine, elle suit de près la perforation, et en moyenne en vingt-quatre heures tout est terminé. Dans quelques cas, la scène est un peu plus longue ; cela tient à ce que des phénomènes de péritonite localisée ont précédé l'extension du pus et de la péritonite.

Sérosité. — Il est intéressant de mettre en regard des faits de rupture des kystes purulents, ceux des kystes séreux.

Dans sept faits seulement, on trouve une indication se rapportant à cette catégorie.

Locock (guérison), liquide verdâtre, comme une purée de lentilles.

Cavaliere Maroni (amélioration momentanée).

Steinthal (guérison); Marchand (guérison).

Ephémérides des curieux de la nature, mort; Spiegelberg, mort; Kissam, guérison.

Le fluide dans les observations de Locock, Marchand, Kissam, était mélangé à un peu de sang : dans les trois cas il y eut guérison.

Sur les faits d'épanchement de sang, il y a eu quatre morts (Pollard, Crisp, Boivin, Bright). Le sang dans quelques-uns de ces cas avait subi quelques altérations : il était de couleur chocolat (Crisp), rouge brun (Boivin), brun rougeâtre (Bright).

Cancer. — Il y a tout lieu de supposer que le liquide de ces kysto-carcinomes ovariques est bien différent du liquide des séro-kystes. Dans certains cas, du reste, le liquide qui en dérive est un mélange de sang et de masses fongoïdes.

Sur 4 cas, 4 morts (Rickards, Fuller, Courty, Mauriac).

Kystes à liquide gélatineux. — Le liquide de ces kystes est très-funeste, c'est du reste une vieille remarque qu'ont faite depuis longtemps les ovariotomistes, 7 cas, 7 morts (Carlo Secchi, Bright, Soc. anatomique ; Niemeyer, Menze, Spencer Wells, 1861, Spiegelberg.

Dans toutes ces observations, la mort a été prompte; dans une (Bright), mort subite.

Kystes hydatiques. Le liquide des kystes hydatiques est extrêmement nuisible. 2 cas, 2 morts (Sanson, Trautwein).

Kystes dermoïdes. — Le contenu de ces kystes est tout particulier : c'est un mélange de corps étrangers (cheveux, dents mêlés avec du pus).

Sur 6 observations, 6 morts (Herapath, Hardy de Hull, Sangalli, Schmidt, Meyer, Levin).

En résumé, la rupture des kystes renfermant des liquides purulents, du sang un peu vieilli, des liquides gélatineux, des corps étrangers (kystes dermoïdes), a été chaque fois suivie d'accidents funestes. Les kystes séreux seuls ont une innocuité relative.

J'ai tenté autrefois (1870) quelques expériences sur le liquide

ovarique. Des injections sous-cutanées d'un liquide séreux sans globules de pus, sans cholestérine, m'ont permis de démontrer (voir *Gaz. hebdomadaire*, 1870, Cliniques de M. Verneuil) que l'injection de ce liquide pouvait produire une élévation notable de la température et des accidents inflammatoires locaux. A l'étude physiologique du liquide il faudrait joindre l'étude chimique et microscopique, s'assurer par le microscope si le liquide ne contient pas d'éléments purulents ou en dégénérescence graisseuse.

VI.

Le *pronostic* des phénomènes qui suivent la rupture des kystes ovariques est grave : sur 127 cas, 63 morts, 64 guérisons. Ce n'est qu'après des accidents de péritonite, quelquefois très-graves, que la guérison a eu lieu; et, sur ces 64 cas, il n'y a eu que 43 cas de guérison tout à fait complète. On doit comprendre maintenant que le pronostic dépende beaucoup de la nature du liquide, et dans un cas semblable des renseignements par des ponctions antérieurs ou une ponction de l'abdomen après l'accident seront extrêmement utiles. Une des suites les plus importantes de la rupture des kystes ovariques est la production d'une ascite (Morgagni, Bassius, Gutermann, Schacker).

VII.

Le *traitement* de cette complication si grave des kystes de l'ovaire est loin d'être nettement défini. Nous ne trouvons ici que quelques idées que nous allons simplement passer en revue. Blundel, Good Rigby, P. Crampton et Bright, recommandaient la *ponction immédiate* de l'abdomen. Boinet en 1856 (voir obs. de Marchand), Steinthal en 1859, la firent les premiers. Dans les deux cas la guérison fut complète. Le liquide ainsi tiré était de la sérosité rougeâtre dans le premier fait, de la sérosité simple dans le second. Telle serait la conduite qu'il faudrait suivre, pensons-nous, dans la majorité des cas.

L'*ovariotomie* a été faite, autant que nous sachions, deux fois pour cet accident (Spencer Wells et Spiegelberg 1870). La malade de Spencer était alors enceinte au quatrième mois; elle guérit de l'opération et accoucha à terme d'un enfant bien portant. La malade de Spiegelberg mourut rapidement : le liquide ovarique versé dans l'abdomen contenait beaucoup de paralbumine, des cellules colloïdes en grande quantité, et de la cholestérine. La tumeur était un kystome papillaire. L'ovariotomie, après que la ponction aura démontré la nature malfaisante du liquide épanché dans l'abdomen, ne doit pas être rejetée. Si elle reste pour le chirurgien, dans de semblables circonstances, une opération trés-chanceuse, il faut se souvenir que c'est pour le malade une dernière espérance.

L'*expectation* est certainement permise si une ponction préalable (ponction capillaire) démontre que le liquide n'est pas très-malfaisant.

Quelques auteurs ont proposé, pour la guérison des kystes de l'ovaire, la rupture traumatique de ces kystes, ou mieux une opération réglée, l'incision sous-cutanée.

Récamier, le premier, proposa et exécuta cette dernière opération : elle eut un plein succès. A. Guérin, après Bonfils, de Nancy, reprit la même proposition (*Gazette médicale*, 1868).

L'étude que nous venons de faire ne nous permet pas d'accepter cette opération sans avoir posé la condition formelle de la connaissance exacte de la nature du liquide.

Une ponction préalable, en effet, peut apprendre que le liquide est purulent ou gélatineux, ou rempli de cellules en dégénérescence graisseuse. L'examen préliminaire des caractères physiques, chimiques et microscopiques des liquides ovariques est donc absolument nécessaire.

Rappelons-nous encore que les liquides séreux ne sont pas toujours innocents. Ils sont moins phlogistiques et toxiques que d'autres ; mais leur épanchement a parfois amené la mort (voir plus haut *Éphém. des curieux de la nature*, et Spiegelberg). Du reste, la plupart des guérisons ont été précédées de péritonites plus ou moins graves. Enfin, il ne faudrait pas croire que le kyste ne récidive pas (voir tableau).

Quant à l'incision sous-cutanée, il serait un peu difficile de préconiser en France cette méthode pour le péritoine; quand on la pratique déjà avec une certaine répugnance pour extraire des corps étrangers de grandes synoviales articulaires.

VIII. Appendice.

A la suite de cet article, nous croyons devoir placer une liste de tous les cas que nous avons pu rencontrer qui n'appartiennent pas au sujet que nous avons en vue spécialement, la rupture des kystes ovariques en dehors du péritoine.

Ces faits sont au nombre de 27, dont 7 pour la perforation de la paroi abdominale, 6 pour rupture dans la vessie, 2 ruptures dans le vagin, 1 rupture dans l'utérus.

Il est difficile de faire sur des faits aussi étrangers l'un à l'autre une étude générale; aussi nous contentons-nous de les mentionner.

I. Ruptures dans l'intestin.

BROWN. — V. *Tilt. Non publié.* Péritonite. Passage du pus dans l'intestin. Guérison.

BRIGHT. — *Guy's hospital Rep.*, III, 1re série, Parmentier, 158; *Gaz. méd.*, 18.. Obs. 13. Perforation fistuleuse; gros intestin devint cause de mort.

CRUVEILHIER. — *Gaz. méd.*, 1868, 158; *Soc. anat.*, 1833, 29. Kyste ovarique droit, communiquant avec intestin grêle par un trajet fistuleux d'un pouce. Kyste rempli de matières élémentaires.

COCKLE. — *Lancet*, 1861, II, 401. 50 ans. Deux ou trois attaques de vomissements opiniâtres. Ponction de l'ovaire; quelques jours après, rupture dans le rectum. Mort peu après.

HABERSHON. — *Lancet*, 1861, II, 401. Kyste qui communiquait avec le cæcum.

LEE. — *Lancet*, Kyste suppuré ouvert dans le rectum.

LUMPE. — *Canstatt*, 1858, H. 10. Kyste d'une nouvelle accouchée ouvert dans le gros intestin.

MURCHISON. — *Mon. f. Geb. K.*, 1832, 398.

NÉLATON. — *Soc. anat.*, 1856. Kyste suppuré ouvert dans le rectum.

SCANZONI. — P. 287 t. II. 1° Plusieurs ruptures d'un kyste de l'ovaire avec écoulement par le rectum; 2° Ecoulement du liquide par le rectum pendant l'accouchement. 1853.

Le plus souvent, les kystes de l'ovaire se rompent dans le gros intestin. Notre liste nous offre 4 cas de rupture dans le rectum (Cockle, Lee, Nélaton, Scanzoni), trois dans le gros

intestin (Bright, Habershon, Lumpe), un dans l'intestin grêle (Cruveilhier).

II. Ruptures dans la vessie.

BENNET. — *Schmidt's Jahrb.*, 4, XV, 218. V. *Monthly Journal*, 1849.

BLICH. — 1871, 294. Polype fibreux dermoïde de la vessie dont l'origine est un kyste dermoïde de l'ovaire. Sortie de cheveux ; mort quatre ans après guérison.

HOLZBECK. — *Sch. Jahrb.*, V, 120, 1858. Guérison.

HARDING. — *Lancet*, 1861, p. 401. Ecoulement par la vessie. Guérison incomplète.

LARREY. — *Gaz. méd.*, 755. Kyste ouvert dans la vessie et de là à la paroi abdominale antérieure.

ULRICH. — *Geburtsk.*, 1859, 166. Rupture dans la vessie.

III. Rupture dans l'utérus et le vagin.

Schmidt's Jahr., 1869, 173. Rupture dans l'utérus.

Gaz. hebdom., 1862, p. 724. Rupture dans le vagin, par la trompe probablement.

SALTER. — *Lancet*, 1861, II, 401. Rupture dans le vagin. Guérison complète.

IV. Perforation de la paroi abdominale.

XXX. — *Soc. de méd. du Poitou*, B. 16, p. 148. — Kyste de l'ovaire gauche. Péritonite successive. Perforation abdominale. Guérison.

BARNES. — *Medical Times*, 1861, II, p. 608. Tumeur abdominale avec deux fistules. Cheveux. Elargissement de la fistule. Ablation de cheveux. Guérison.

CASATI. — *Raccoglitore medico*, 1861, *Gaz. méd.* Développement rapide à la suite d'une chute. Suppuration et ouverture spontanée. Au dehors, cicatrisation complète au bout d'une quinzaine. Accouchement heureux à terme six semaines plus tard.

HEINRICH. — *Z. frat. Med.*, V. 1846, p. 59. Mariée à 17 ans, 11 enfants. Kyste après la naissance du dernier. Ouverture sur la paroi abdominale. Fistule. Sortie de cheveux. Guérison.

JARJAVAY. — *Soc. anat.*, 1852. Kyste dermoïde ouvert à la partie inférieure de l'abdomen à 3 centimètres du pubis.

LEARED. — *Lancet*, 1861, II, 401. Kyste ouvert au dehors. Mort.

SIEBOLD. — *Z. frat. Med.*, 1846, V, p. 59. 36 ans. Fistule 2 pouces au-dessus de l'ombilic. Cheveux, dents, peut-être grossesse ovarique.

Total : six guérisons et une mort.

DES ATRÉSIES COMPLEXES DES VOIES GÉNITALES DE LA FEMME OU DE L'HÉMATOMÈTRE UNILATÉRAL.

Par le Dr Albert Puech (de Nîmes)

(3e Article) (1).

IV.

Quelque minutieux qu'aient été les détails qui précèdent, quelque circonstanciés qu'aient été les faits sur lesquels ils s'appuient, ils seraient insuffisants à donner une idée complète de cette maladie si, avant d'aller plus loin, la valeur des symptômes par lesquels elle se traduit n'était discutée d'une façon approfondie. L'origine essentiellement française de cette question (les premiers documents qui s'y rattachent ont été relevés dans notre pays en 1834, par Le Roy; en 1849, par Weber; en 1854, par Decès), non moins que les difficultés capitales soulevées par le diagnostic nous en font une obligation et expliquent notre sollicitude à cet égard. Quant à l'objection tirée de son extrême rareté dans la pratique, elle ne saurait avoir pour le médecin vraiment digne de ce nom la plus minime importance. Du reste, n'est-on pas fondé à penser que cette rareté est plus apparente que réelle, et à croire que bien des cas de ce genre ont été perdus pour la science, par la raison péremptoire qu'ils n'ont pas été diagnostiqués. Bien des motifs militent en faveur de cette manière de voir, mais il suffira de signaler le suivant qui a une signification à mon sens incontestable. Il y a dix ans passés, alors que je publiai ma monographie, j'arrivais à grand'peine à en réunir sept exemples, tandis qu'à l'heure d'aujourd'hui et sans de trop grandes recherches j'ai plus que quadruplé ce chiffre.

Cette progression n'est pas du reste un incident isolé, et maintes fois dans l'histoire de la médecine, elle s'est produite à l'égard de maladies récemment découvertes. Pour en citer un exemple, avant la publication d'Addison, qui s'occupait de la

(1) Voir les numéros de mai, p. 392, et de juin, p. 429.

peau bronzée? et pourtant plusieurs observateurs l'avaient rencontrée, et depuis les cas se sont multipliés au point de se compter par centaines. Suivant toute vraisemblance, les atrésies complexes auront semblable aventure; l'attention appelée sur leur symptomatologie et les diverses particularités cliniques de leur histoire ne restera pas sans résultats, et l'étude entreprise, en dissipant l'obscurité qui entoure certains faits, en facilitant le diagnostic de certains autres, aura pour conséquence forcée d'en accroître les exemples. C'est là du moins ma conviction intime, et à s'en référer à ce qui s'est déjà produit, il y a lieu de croire qu'elle est fondée.

En apparence rien n'est plus facile que de reconnaître l'existence d'une atrésie complexe, en réalité rien n'est plus sérieusement difficile quand on n'est pas prévenu de sa possibilité. Les troubles subjectifs par lesquels se manifeste la présence d'un obstacle sur l'une des moitiés du canal utéro-vaginal n'ont en effet rien de pathognomonique et leur physionomie est tellement variable, tellement confuse dans sa phénoménalité qu'il ne faut pas s'étonner si le diagnostic en a été si souvent différé ou même n'a été établi qu'à l'ouverture du cadavre.

La fonction primitivement et on peut même ajouter uniquement troublée est la menstruation dans sa période d'excrétion; mais, comme à côté des phénomènes impliquant la rétention coexiste une hémorrhagie par la corne restée libre, le médecin est entretenu dans une sécurité trompeuse et n'a pas le moindre soupçon de la réalité. A l'encontre de ce qui se passe dans les atrésies *simples*, il croit avoir affaire à une véritable *dysménorrhée congestive*, et il est d'autant plus fondé à persévérer dans ce diagnostic qu'au début les deux affections ont de nombreux traits de ressemblance. Ainsi la gêne, l'embarras, la sensation de plénitude et de pesanteur pelviennes, les envies fréquentes d'uriner, le ténesme anal, le gonflement des seins sont communs aux deux états. Parfois même la douleur peut s'accroître au point de revêtir le caractère des douleurs expulsives de l'accouchement, s'irradiant dans les aines et les cuisses, s'exaspérant à certains moments et s'accompagnant même du gonflement de l'hypogastre. Dans le seul cas de ce genre que

j'ai rencontré chez une jeune fille menstruée depuis quelques mois seulement, le caractère expulsif des douleurs était tellement accusé qu'il me donna le change ; mais, après la disparition de la crise, le palper méthodique de l'hypogastre à l'aide des deux mains, en démontrant le petit volume de l'utérus m'empêcha de persister dans cette opinion. Je n'eus même pas besoin de recourir au toucher vaginal pour compléter le diagnostic différentiel de cette dysménorrhée si insolite par la précocité de son apparition, si exceptionnelle par l'intensité des douleurs.

La répétition et la ténacité des accidents en dépit de l'écoulement sanguin, leur aggravation progressive à chaque nouvelle époque, l'apparition des troubles de la miction et leur persistance pendant la période intercalaire, en écartant la pensée d'une dysménorrhée, conduisent à s'enquérir des causes susceptibles de produire ces troubles divers. Ces causes, il n'est pas besoin de l'ajouter, peuvent être diverses et c'est pour cela qu'il convient de mettre à contribution tous les moyens connus d'investigation. L'examen des voies génitales que des raisons de bienséance avaient fait différer, doit entrer en première ligne; mais, avant de le proposer à la personne intéressée, il convient de débuter par l'exploration de l'hypogastre. Sa manière d'être, sérieusement appréciée, influera sur la conduite à suivre et fournira des données d'une incontestable utilité.

Suivant que la maladie est plus ou moins ancienne, et surtout suivant que la corne imperforée a plus ou moins fonctionné, les résultats varient du plus au moins, mais dans l'hypothèse qui m'occupe, à moins que l'obstacle ne soit placé à l'entrée de la vulve, l'examen à l'œil nu constate une saillie circonscrite et le palper méthodiquement pratiqué (les muscles abdominaux se trouvant dans le relâchement) fait reconnaître une tumeur de volume variable, facile à délimiter du côté de la cavité de l'abdomen alors que, par sa partie inférieure elle plonge dans la cavité pelvienne où elle se perd. Cette tumeur, placée sur l'un ou l'autre côté, mais cependant plus souvent à droite qu'à gauche, est généralement de forme cylindrique; médiocrement mobile elle est à la pression tantôt insensible, tantôt dou-

loureuse; sa consistance est variable, elle est tantôt dure ou simplement élastique, tantôt rénitente ou même franchement fluctuante.

La constatation de cette particularité, rapprochée des signes fournis par les divers touchers, ouvre le champ aux hypothèses. Examinons-les tour à tour afin d'arriver à établir sur des bases certaines le diagnostic qui doit conduire à un traitement approprié.

L'idée d'un kyste de l'ovaire, provoquée par la grande fréquence de cette affection, ne saurait obtenir quelque crédit qu'à la condition de supposer son adhérence dans le cul-de-sac recto-utérin; néanmoins la connaissance des anamnestiques, la forme régulièrement cylindrique de la tumeur en question, son mode de développement par saccades mensuelles, et enfin le caractère des douleurs qui accompagnent sa croissance progressive devront la faire écarter. Cette erreur a été cependant commise dans le cas de Nicolaysen.

Nonobstant l'existence de l'hémorrhagie cataméniale, on peut encore suspecter une grossesse, mais à défaut du toucher, qui fait percevoir l'absence des modifications caractéristiques du col, on a, pour rejeter l'admission de celle-ci, la notion des antécédents, la particularité des exacerbations mensuelles, l'état de l'aréole du mamelon et surtout les résultats de l'auscultation négatifs en pareille occurrence.

D'autres ont encore pensé à un kyste hydatique de la matrice, à une hydropisie enkystée de cet organe, mais cette double supposition est le témoignage d'un esprit embarrassé plutôt que celui d'un esprit éclairé. En effet, si maintes fois il a été parlé de la première affection, son existence est encore aujourd'hui loin d'être authentiquement démontrée : quant à la seconde, ses connexions avec l'aménorrhée, sa marche extrêmement lente, sa progression continue et tout à fait indolore contrastent singulièrement avec la symptomatologie de l'hématomètre unilatéral. En voici une preuve d'autant plus intéressante qu'elle se rattache directement à l'histoire des atrésies complexes.

Obs. VIII. — *Hydromètre développé dans la corne et le vagin rudimentaires d'un utérus bicorne; ponction; écoulement de 1,400 grammes de liquide; ultérieurement incision étendue; rapetissement de la corne distendue; guérison.*

Le 15 avril 1872, une femme de 38 ans, fortement constituée et de bonne santé, vint trouver Breisky, à raison d'une chute du vagin et de difficulté pour uriner. Les menstrues, établies à 18 ans, sans douleur, sont revenues régulièrement toutes les quatre semaines, mais cependant un peu médiocres en quantité. Elle a eu quatre accouchements naturels et a allaité tous ses enfants. Pendant la deuxième grossesse, s'est produite la chute du vagin, et à la suite du dernier accouchement qui s'est effectué, il y a trois ans, elle a souffert « d'une inflammation abdominale », qui n'a nécessité que huit jours de lit.

Le bas-ventre se trouve distendu, dans son segment inférieur, par deux tumeurs de volume inégal; la plus petite, placée en avant et allant à droite, est l'utérus; l'autre, comparable à la tête d'un enfant, de forme ovale et à grand axe dirigé à gauche, arrive jusqu'à un travers de doigt au-dessous du nombril. Elle est nettement délimitée, à surface lisse, régulièrement molle, élastique, avec fluctuation évidente, immobile et surtout indolore. Par le toucher vaginal et rectal, les mêmes caractères sont constatés. En conséquence, le 29 avril, ponction de la tumeur à l'endroit où la paroi du vagin est la plus amincie avec l'aiguille de Dieulafoy et extraction au moyen de la pompe de 1,400 grammes d'un liquide clair, jaune brun, un peu visqueux. Agité, il n'écume point; faiblement alcalin; additionné de NO^5, sédiment floconneux abondant que ne détruit pas un excès d'acide; pas de coagulation sous l'action du froid et d'un long séjour à l'air. Au microscope, pas autre chose que de rares corpuscules sanguins et des détritus muqueux grenus.

On avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire, adhérant dans l'espace recto-utérin, lorsque dans un examen effectué le 21 mai, on sent à droite et en arrière de la portion vaginale, un vide circulaire de l'étendue d'une pièce de 5 francs, dans lequel peut être repoussée la paroi du vagin. En outre, les bords de cette ouverture donnent la sensation d'un anneau musculaire médiocrement tendu. Ce rapport, vérifié plusieurs fois, modifie le diagnostic et fait conclure à un hydromètre développé dans la corne gauche d'un utérus bicorne.

Le 1er juillet, en même temps que les règles, se déclare une inflammation violente de la tumeur qui avait reparu petit à petit. Une ponction, faite à l'endroit du vide avec un long trocart recourbé, amène 1 litre de liquide jaune brun, trouble, alcalin, richement albumineux et se séparant par le froid en flocons gélatineux; n...

breux corpuscules de pus. Avec la pompe aspiratrice, on en retire 1/2 litre le lendemain. On continue ainsi et fait journellement des injections phéniquées jusqu'au 12. Enfin, le 15, l'inflammation étant tombée, le vagin est fendu jusqu'aux bords de l'orifice circulaire. Après un abondant écoulement de liquide purulent, rapetissement considérable du sac et ultérieurement excision d'un diverticule de vagin, qui a le volume d'une noisette.

Les parties, examinées d'après la méthode de Simon, permettent d'affirmer qu'il y avait là un utérus droit unicorne à annexes normales, que du col de cet utérus part un pont en forme de ligament qui va se fixer à la paroi gauche du bassin. L'ovaire et la trompe ne peuvent être nettement discernés, mais au-dessous d'eux est une petite corne cylindrique qui, en février 1873, pouvait admettre une sonde à la profondeur de 4 centimètres (Breisky, *Arch. f. Gyn.*, t. VI, p. 89-102).

La lecture de cette observation, que j'ai dû écourter, me dispense d'insister plus longuement sur le diagnostic différentiel de l'hématomètre et de l'hydromètre unilatéral. Dans les deux cas, la lésion anatomique est la même, et toute la différence consiste dans la nature du contenu; mais il en résulte dans la symptomatologie de telles dissemblances, que personne ne peut assurément s'y méprendre.

A raison de son élément constitutif, il n'en est pas de même pour l'hématocèle périutérine; elle a parfois donné le change et a accaparé à son profit des faits qui ne sauraient légitimement lui appartenir. En dépit de leur remarquable faculté d'assimilation, ce sont surtout les Allemands qui sont tombés dans ce travers et ont décrit, sous le nom d'*hématocèle périvaginale*, des observations qui ne méritent nullement cette qualification et doivent, comme l'a remarqué excellemment mon ami, M. le professeur Courty (1), être rattachées *aux atrésies complexes*. A moins de laisser subsister dans le langage scientifique une confusion regrettable, il importe de leur restituer leur véritable caractère en établissant les différences qui séparent les deux affections : c'est non-seulement logique, mais encore nécessaire, afin de prémunir le lecteur contre une erreur de diagnostic qui s'est trop souvent répétée (2).

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2e édit., p. 1044.

(2) Cette remarque s'adresse encore à un des rédacteurs de la partie gynéco

L'hématocèle périutérine est, il est vrai, un genre morbide ayant pour point de départ des maladies variées; mais les éléments dont il se compose, quelque disparates qu'ils soient, ont, en fin de compte, des traits communs légitimant la création qui en a été faite. Que l'hémorrhagie constituant la première phase de la maladie provienne, soit de l'ovaire, soit de la trompe, soit du plexus utéro-ovarien, il en résulte ultérieurement une tumeur dont la progression relativement courte, et la forme aiguë des symptômes dont elle est accompagnée, contrastent avec la progression incessante et la forme essentiellement chronique de l'hématomètre unilatéral. Le caractère essentiel de ce dernier est de se développer avec lenteur, alors que la première atteint d'emblée son maximum de développement : l'un donne au toucher la sensation d'une sorte d'empâtement et ne devient fluctuant qu'au fur et à mesure que les époques menstruelles se répètent; l'autre, au contraire, n'est fluctuante qu'au moment de son apparition. Elle se durcit ensuite et se résorbe graduellement, affectant par conséquent une marche tout à fait opposée à celle de l'hématomètre. Enfin celle-ci refoule en avant le col au lieu de le rejeter sur le côté, et se présente dans des conditions différentes d'âge et de manière de vivre; en un mot, elle est essentiellement une maladie de la période d'activité sexuelle, alors que l'hématomètre est intimement lié aux premières époques de la menstruation.

Ces différences fondamentales, jointes aux conditions de siége, à la connaissance des anamnestiques, aux données fournies par les divers modes d'investigation, en même temps qu'elles motivent la distinction établie entre les deux maladies, permettent de diagnostiquer sûrement l'hématomètre unilatéral, et de revendiquer comme matériaux de son histoire des faits inscrits dans la presse périodique sous une autre dénomination. Telle est du moins la conduite qui paraît devoir être adoptée à l'égard des observations de Hertzfelder, de Credé, de Hégar, de Braun, de Breslau et d'Esenbeck, qui, désignées tantôt sous le nom d'hé-

---

logique (*Revue des sciences méd.*, t. I, p. 197). Je suis étonné qu'un esprit aussi profondément versé dans la littérature spéciale ait pu commettre volontairement une semblable confusion.

matocèle rétro-utérine, tantôt sous celui d'hématocèle anté-utérine faisant saillie par la vulve avec la paroi antérieure du vagin, appartiennent incontestablement à la lésion qui nous occupe. A l'égard de la troisième, on est positivement renseigné, puisque le narrateur a, après un nouvel examen, reconnu sa méprise. Mais il n'en est pas de même pour les autres, et on n'a à faire valoir que les termes de la description qui nous en a été laissée. Logiquement, elles devraient être exposées tour à tour; mais, comme cette conduite entraînerait des développements infinis, on voudra bien se contenter, à titre de spécimen, d'un résumé relatif à la plus ancienne.

Obs. IX. — *Hématomètre du côté droit considéré comme une hématocèle périutérine; ponction donnant une livre de sang visqueux; guérison.*

Une Hongroise, âgée de 18 ans, ayant des règles irrégulières et médiocres, entra à l'hôpital pour de violentes douleurs dans le rectum et la région sacrée, lesquelles s'amoindrissaient par le décubitus horizontal. L'examen démontra une tumeur arrondie, un peu étalée, indolore, qui de l'entrée du bassin arrivait à égale distance du mont de Vénus et du nombril; elle était large d'environ 7 pouces et inclinée du côté droit. L'hymen extensible permit l'introduction du doigt et en arrière de l'entrée du vagin on constata une tumeur coniforme à extrémité amincie tournée en bas, laquelle remplissait complètement la moitié droite de la cavité pelvienne et rétrécissait considérablement le vagin. L'ouverture uréthrale était très en arrière sous le pubis. Cette tumeur était tendue, fluctuante; la surface en était lisse et excoriée à l'extrémité inférieure. Par la pression de dehors en dedans, la tumeur était un peu mobile. Le col utérin ne put être atteint avec le doigt et l'examen au spéculum ne put être fait. On diagnostiqua une hématocèle utérine. La ponction donna issue à une livre de sang visqueux, rouge sombre. A la suite, la malade se trouva guérie et quatre mois après il n'était point survenu de récidive. (*Hertzfelder. Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk.*, 26 déc. 1856.)

La signification de ce fait ne saurait être douteuse, et, quelque écourtée qu'en soit la relation, il suffit de la lire attentivement pour se convaincre du peu de fondement du diagnostic primitif. Sans nier absolument la possibilité d'une *hématocèle anté-utérine*, on est fondé à en demander la preuve cadavérique; en tout cas, sa démonstration irrécusable serait insuffisante à

expliquer le prolongement de la tumeur sanguine jusqu'à l'entrée du vagin. A s'en référer à cette particularité, au caractère des règles, à l'âge du sujet et surtout aux résultats obtenus par la ponction, on est autorisé à présumer qu'il s'agit ici d'un hématomètre développé dans le vagin et la corne utérine du côté droit. Il est seulement regrettable que l'auteur n'ait pas eu la curiosité de constater l'état des organes postérieurement à l'évacuation du contenu ; il eût ainsi recueilli des renseignements qui lui eussent, suivant toute vraisemblance, permis de rectifier son erreur.

Cette remarque, qui trouve son application aux cas précédemment énumérés et à quelques autres dont les caractères sont équivoques, devra s'offrir à l'esprit de tout médecin se trouvant en présence d'une hématocèle. La confusion qui s'est produite entre ces deux maladies est en effet plutôt le résultat d'un examen incomplet que de difficultés foncièrement sérieuses. L'épanchement du sang dans le cul-de-sac recto-utérin, la péritonite provoquée par le contact de ce corps étranger, amènent à leur suite des symptômes qui contrastent avec le processus de l'hématomètre unilatéral.

Au contraire, la récente communication d'Hégar, que j'ai résumée dans les *Annales de Gynécologie* (t. II, p. 359), soulève des difficultés plus réelles. On le comprend, la rétention du sang menstruel dans la corne rudimentaire d'un utérus unicorne amène des symptômes subjectifs tout à fait identiques. La méprise est *à priori* impossible à éviter. Le diagnostic devient alors un véritable problème qui, dans le cas particulier, n'a été résolu que par une ponction exploratrice. Sera-t-il toujours nécessaire d'y recourir? Je ne le pense pas, les deux maladies différant par leurs symptômes objectifs, alors même que la collection sanguine est limitée à l'une des cornes de l'utérus. Le cul-de-sac supérieur du vagin offre, il est vrai, dans l'un et l'autre cas, une tumeur plus ou moins résistante, placée sur l'un des côtés : mais tandis que, dans l'atrésie complexe, le cul-de-sac est refoulé en bas et plus ou moins bombé, dans celui-ci il n'est point affaissé et il est nécessaire de presser fortement dessus pour atteindre la tumeur. En résumé, cette nouvelle cause d'erreur sera écartée

par l'exploration minutieuse du cul-de-sac supérieur du vagin, et c'est sur les données fournies par son examen qu'on arrivera à la vérité.

V.

Abandonnées à elles-mêmes, les atrésies complexes ont les mêmes modes de terminaison que les atrésies simples; aussi renvoyant à mon ouvrage pour leur exposé complet, nous nous bornerons à consigner ici les observations qui les signalent.

La rupture spontanée de l'obstacle a été relevée seulement une fois. Il s'agit d'une jeune fille qui vit la menstruation s'établir au milieu de vives douleurs, et dont les périodes suivantes allèrent progressivement en augmentant d'intensité. Plus tard, l'hémorrhagie revint à de rares intervalles, en même temps qu'elle diminuait en quantité. En même temps survint, — au début seulement pendant le temps de l'époque, et plus tard persistant sans interruption,— une petite tumeur qui faisait saillie au dehors des parties génitales. A l'examen, on trouva une tumeur partant du fond du vagin et arrivant jusqu'à l'entrée vulvaire; elle était tendue, lisse, arrondie et douloureuse au toucher. La portion vaginale de l'utérus ne put être atteinte. Ultérieurement, sous le coup de douleurs excessives, la tumeur se rompit spontanément et fournit environ trois mesures de sang théiforme. Après quelques accès de fièvre, la malade guérit et n'a pas été davantage examinée. (Esenbeck, *Bayer. Arzt. Intelligenzblatt*, 1870, n° 48.) Pour moi, c'est là un cas analogue à celui de Simon (obs. IV), différant de celui-ci par la curation spontanée dont il a été l'objet; pour son auteur, c'est une hématocèle périutérine, alors que, pour Gusserow, c'est une hématocèle anté-utérine. Inutile de revenir sur les motifs qui m'ont amené à ranger ce fait parmi les atrésies complexes, car il faudrait répéter, à quelques différences près, les arguments rapportés à la page précédente.

La distension de la trompe par le retentum a été rencontrée quatre fois; quant à sa rupture, elle s'est présentée trois fois sur trente et un cas. Cet accident, qui a été relevé seulement vingt-

cinq fois sur cinq cents atrésies simples, est par conséqu... beaucoup plus fréquent dans cette espèce. Les raisons de cet... différence sont faciles à saisir et tiennent, suivant toute proba-bilité, aux conditions anatomiques dans lesquelles se trou... placé le *retentum*. Ayant moins d'espace à sa disposition, il d... forcer plus vite la résistance opposée par l'*ostium uterinum*. E... voici un nouvel exemple à rapprocher de celui de Décès et ... Jones (obs. I) :

Obs. X. — *Etablissement des règles à 18 ans; rétention dans le vagin d... imperforé; incision de l'obstacle à 21 ans. Au cinquième jour, rup... de la trompe distendue par le sang menstruel; péritonite; mort.*

Une fille de 21 ans, réglée depuis sa dix-huitième année, éta... sujette de temps en temps à des suspensions pendant lesquelles e... était torturée par des douleurs variées. Pendant trois semaines, el... éprouva de vives souffrances et sentit comme si quelque chose voul... sortir des voies génitales.

Le palper de l'abdomen ne fit rien trouver d'anormal, mais au tou-cher on constatait à droite et dans toute la longueur du vagin ... corps résistant, allongé, presque cylindrique et nullement doulou-reux à la pression. Le méat utérin était entr'ouvert et se trouv... placé en haut, obliquement et à gauche. A l'entrée du vagin, la par... droite était en quelque sorte amincie et donnait au toucher une sen-sation de fluctuation. Une incision faite en cet endroit conduisit le doigt dans une cavité à parois épaisses et à revêtement âpre, en quel-que sorte rugueux : à la suite, sortie d'une grande quantité de sang, soit liquide soit coagulé, qui soulagea la malade.

Cinq jours après, à la suite d'une sensation de déchirure dans le bas-ventre, péritonite suraigüe, qui amena la mort en trente-six heures.

L'autopsie démontra l'existence d'un *utérus bicornis duplex*. La cavité gauche avait la forme ordinaire; sa portion vaginale éta... courte et s'ouvrait dans le vagin correspondant par un méat normal Quant à la cavité utérine droite, elle avait elle aussi sa portion va-gi-nale, mais si dilatée par l'accumulation du sang, qu'elle formait av... le vagin correspondant un canal presque uniforme : ce conduit n'ava... du reste d'autre ouverture au dehors, que celle que le bistouri lui avait faite.

L'ovaire droit adhérait au pavillon de la trompe correspondante : il en résultait par suite une cavité close. Une rupture s'était produi... à la paroi postérieure et avait donné issue au sang accumulé dans la trompe : de là, l'épanchement intra-abdominal e...

(Dr Beronius, *Pruss. medic. Zeitung*, 1862, n° 33.)

La perforation de l'utérus distendu par le *retentum*, dont j'ai relevé à grand'peine cinq exemples sur plus de cinq cents observations, est beaucoup plus fréquente dans cette espèce, et a été observée au moins quatre fois sur les trente et une observations qui y ont trait. Dans l'observation de Le Roy, cette terminaison se préparait, puisqu'il est noté un léger amincissement circonscrit à la partie inférieure de la cloison; dans celle de Weber (obs. III), elle s'était effectuée, témoin la sortie de sang noirâtre et altéré à la fin de la période menstruelle. Dans ce cas, la perforation de la cloison paraît avoir été amenée par la poussée sanguine; mais elle peut être encore le produit direct de l'inflammation des parois. Ce processus paraît vraisemblable en ce qui concerne la personne de 24 ans dont Rokitansky (*Zeitschrift d. Gesels. d. Aerzte zu Wien*, 1860, nº 31) nous a transmis l'autopsie. L'inflammation, s'étant propagée de là à l'ovaire correspondant, au péritoine, au tissu cellulaire sous-péritonéal et intermusculaire de l'hypogastre, à la vessie et à la cuisse, avait emporté la malade.

Le dénoûment a été plus heureux dans trois autres cas dont il reste à parler; mais il est vraisemblable que les conditions dans lesquelles s'est effectuée la perforation de la cloison n'y ont pas été étrangères. Dans la première observation de Breisky (*Arch. f. Gynæk.*, t. II, p. 84), par suite du développement arriéré de la corne ouverte, les accidents de rétention menstruelle duraient depuis cinq ans, lorsqu'elle sentit tout à coup « comme si quelque chose se rompait en elle, » et elle rendit aussitôt par les voies génitales une quantité considérable d'un liquide épais, rouge pâle. Il s'ensuivit une amélioration marquée; mais, à 22 ans, il survint un écoulement de pus analogue à du lait, qui, après quatre ans de durée, ne céda qu'après une série d'opérations ouvrant largement le vagin imperforé du côté droit. Dans la seconde observation, due au même auteur (*Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte*, 1871, p. 100), la corne ouverte fonctionna tout d'abord, puis se montrèrent les accidents de rétention qui dominèrent la scène morbide pendant deux ans, lorsqu'il survint un écoulement de pus extrêmement fétide. La guérison fut obtenue par la section longitudinale de la cloison intermédiaire aux

deux vagins. Dans l'observation d'Otto Braus, le mécanisme fut différent en ce que la perforation fut le fait d'une opération. Le soulagement fut tel, que cette fille se maria ; mais, devenue enceinte, elle avorta au bout du troisième mois. Pendant la convalescence, apparition d'un écoulement purulent et nauséabond. Grâce à une incision d'un pouce, la guérison fut obtenue sans troubles notables. Il va sans dire que ce dernier fait n'est signalé ici que pour mémoire; quant à l'enseignement qui en ressort, il sera mis en lumière à propos du traitement.

Ce sont là les seuls cas actuellement connus ; mais ce ne sont pas évidemment les seuls dans lesquels la suppuration se soit produite. S'il n'est pas douteux que les *atrésies complexes* ont dû exister de tout temps, on est autorisé à penser que cette terminaison a dû être confondue avec les *flueurs blanches* par les amateurs de diagnostic facile, et tour à tour avec les kystes suppurés de l'ovaire, les abcès paramétriques, par ceux qui se piquent de diagnostic plus précis.

Enfin, quand la corne fermée est insuffisamment développée, l'exhalation sanguine peut faire complètement défaut. Il peut y avoir alors une sécrétion de mucus par la muqueuse qui tapisse la corne, et cette sécrétion exagérée est parfois suivie de la production d'un hydromètre unilatéral (obs. VIII).

(*A suivre.*)

ÉTUDES SUR LA SYPHILIS CONGÉNITALE

(DE LA DACTYLITE SYPHILITIQUE EN PARTICULIER)

Par **M. G. Beauregard.**

CHAPITRE PREMIER.

INTRODUCTION ET GÉNÉRALITÉS.

Le travail que nous commençons est surtout écrit dans un but pratique. Il traitera spécialement d'une affection non encore étudiée en France, et cependant déjà bien connue en Angleterre et en Amérique, et qu'il est important pour le clinicien de savoir diagnostiquer de bonne heure.

L'étude consciencieuse de cette lésion doit être faite, car nous n'en possédons point quant à présent une description exacte et systématique.

Le résultat de cette lacune si notable dans beaucoup d'affections syphilitiques, surtout quand il s'agit des enfants et des nouveau-nés, a été de faire attribuer à tort à la scrofule bien des gonflements et inflammations qui relevaient en réalité de l'infection syphilitique. De là vient peut être l'opinion qui tend à se confirmer et à se perpétuer, que les affections des doigts sont extrêmement rares dans la syphilis infantile. Sans tomber dans l'excès contraire, nous montrerons plus loin que l'ignorance où on était sur cette affection en faisait surtout la rareté, et que depuis qu'on la connaît mieux on la rencontre et l'observe encore assez fréquemment.

Intimement liée donc à la syphilis, attaquant surtout le squelette et survenant avec une fréquence relative chez les nouveau-nés, la dactylite syphilitique soulèvera, chemin faisant, quelques questions du plus profond intérêt, sur lesquelles nous nous efforcerons de présenter au lecteur l'état de la science actuelle.

Existant de toute antiquité, selon certains auteurs; seulement depuis la découverte de l'Amérique, ou même depuis la grande épidémie de 1495, selon les autres, la vérole est reconnue aujourd'hui, de tous les syphilographes, une maladie générale, essentiellement virulente, au moins pendant ses premières périodes ; et cette virulence, elle la doit à une infection, un empoisonnement particulier de l'économie tout entière, par un principe contagieux, de nature spéciale, au sujet duquel les observateurs ne sont point complètement d'accord.

Les uns, en effet, admirateurs des travaux de Spallanzani, de Swann, de Pasteur, d'Helmoltz, etc., appartiennent à cette foule d'expérimentateurs, qui ont obéi à un besoin de la science contemporaine d'élucider des hypothèses déduites de théori e non encore consacrées par le temps, et qui ont envahi le v ae champ d'études que leur offrait l'atmosphère tout rempli de germes et de miasmes. Ces travaux, au début, ont malheureusement donné des résultats trop prompts, et sous l'influence de

découvertes trop rapides, l'imagination a bientôt remplacé la réalité, et sont survenues les erreurs, parce qu'on a demandé à cette branche de la science plus qu'elle ne pouvait donner.

C'est ainsi, pour ne point parler des autres maladies, que dans la syphilis, Hallier (1) a été jusqu'à décrire le champignon qui lui serait spécial; que Koltzsch (2) et le savant professeur de Cleveland (Ohio), Salisbury n'ont pas hésité à considérer les spores d'un champignon trouvé dans le sang des syphilitiques, et dans les pellicules du psoriasis syphilitique comme les véritables agents de la maladie; qu'enfin Bruhlkens (3) et J. Neumann (4) ont prétendu que la syphilis primitive était due à une variété de *leptothrix*, qui, pénétrant dans l'organisme, ne tardait pas à l'infecter, d'où l'origine de la syphilis secondaire.

Plus sérieux et plus approfondi, le travail de Lorstorfer (5) repose sur de nombreuses études du sang d'individus sains et de syphilitiques. Chez ces derniers, « au bout de deux jours, il ne présentait que des vibrions et des bactéries; du troisième au cinquième jour, il renfermait de petits corpuscules brillants, arrondis, munis quelquefois d'un petit prolongement; deux jours plus tard ces corpuscules étaient plus nombreux et en partie augmentés de volume; puis, bientôt, ils se couvraient de bourgeons, et vers le dixième jour on voyait apparaître au centre des corpuscules les plus volumineux, une vacuole si considérable que l'enveloppe était amincie et caractérisée par un double contour. Le développement s'arrête là.... » Ces expériences sérieusement conduites trouvèrent cependant de nombreux contradicteurs : Weld prétendit que ces corpuscules existent aussi bien dans le sang normal que dans celui des syphilitiques; ils ne seraient, à son avis, que de simples corpuscules de graisse. Vaida (6) annonça que les corpuscules

(1) Hallier. Zeitschr. f. Paras., 1, p. 179-180.
(2) Koltzsch. Id., p. 274.
(3) Bruhlkens. Id., II, p. 96.
(4) J. Neumann. Litz. Ber. des Wien aerztl. Vereins. nov. 1870.
(5) Lorstorfer. Archiv. f. Dermat. u. syph., 1872, I, p. 115-134.
(6) Vaida. Weiner. med Wochenschr., 1872, nos 8 et 9.

de Lorstorfer se trouvaient aussi bien dans la leucémie et le cancer que dans la syphilis; ils y seraient formés par une substance albuminoïde, et n'auraient avec les parasites végétaux aucune relation. Stopzanski, au dire de Biesiadecki (1), avait déjà pris les corpuscules de Lorstorfer pour des granulations de paraglobuline. (Voir, pour plus de détails, Arch. gén. de méd., p. 344, 1872.)

On le voit, malheureux ont été les savants qui ont voulu, par des preuves microscopiques, consacrer des vues de l'esprit,

D'autres écrivains se sont contentés de faire des théories sur les notions acquises, laissant au temps le soin de leur donner raison ou tort. Parmi celles-ci, nous citerons l'hypothèse ingénieuse de M. Béchamp (2). Pour lui, la virulence tiendrait à la présence dans l'économie de microzymas, vivant et pouvant se multiplier, devenant malades et communiquant les maladies. « Pendant la santé, les microzymas de l'organisme agissent harmoniquement, et notre vie est, dans toute l'acception du mot, une fermentation régulière. Dans l'état de maladie, les microzymas, ou bien ont changé de fonctions, ou bien sont placés dans une situation anormale par une modification quelconque du milieu. » — « Le microzyma peut devenir malade et communiquer la maladie. Il n'est pas douteux que le virus de la variole et celui de la syphilis contiennent des microzymas spécifiques, c'est-à-dire important la maladie de l'individu dont ils proviennent. » Sous l'influence de causes diverses, les microzymas peuvent produire des vibrions, des bactéries; ces éléments pouvant d'ailleurs retourner ultérieurement au mycrozyma. « L'être vivant, rempli de microzymas, porte donc en lui-même les éléments essentiels de la vie, de la maladie, de la mort et de la totale destruction.... En entrant dans l'intimité des phénomènes organiques, on pourrait vraiment dire, n'était le caractère choquant de l'expression, que nous nous putréfions sans cesse. » — « La singulière évolution du micro-

(1) Biesiadecki. Id. 1872, n° 8.
(2) Béchamp. Arch. génér. de médecine, 1870.

zyma, disent ailleurs MM. Béchamp et Estor (1), est un des exemples les plus nets de ces générations alternantes si fréquentes chez les végétaux comme chez les animaux inférieurs.

« Ces vues, dit M. Robin (2), resteront à l'état de suppositions pures, tant que la nature chimique, la composition immédiate de ces granules d'origine si diverses restera ignorée, tant qu'on n'aura pas montré quelles sont les actions chimiques qui, se passant dans leur propre substance, suscitent les actes de fermentation et autres, dont on les dit être cause à l'égard des éléments anatomiques et des humeurs au sein desquelles ils sont plongés. »

Les microzymas, dit-il encore, sont des corpuscules fort petits, qu'on ne doit pas confondre avec les granulations moléculaires. Ces microzymas, en effet, ne sont que des spores de bactéries, qui, elles-mêmes, ne sont que le champignon connu sous le nom de leptotrix. Ce leptotrix n'est probablement qu'un mycélium, dont la fructification n'est pas connue (notes du cours d'histologie, 1874).

D'ailleurs, le savant micrographe français n'hésite pas à considérer comme erronée et presque grossière la tendance qui porte certains savants à rechercher, avec l'aide du microscope, dans les éléments du sang, les principes du virus, car la virulence est la propriété qu'ont certaines humeurs, sang, mucus, salive, de subir une modification moléculaire, *totius substantiæ*, mais portant principalement sur les substances coagulables, elle n'est pas due à des solides dissous ou en suspension, visibles, isolables et pondérables (Ch. Robin. Programme du cours d'histologie, 1870, p. 158). D'une façon beaucoup moins claire et plus philosophique, un autre professeur de l'Ecole de médecine exprime la même pensée quand il dit : « Le virus existe à l'état latent au sein des humeurs ; il y est insaisissable; il y est, et rien ne le révèle, tant que sa nature n'est pas dévoilée par la réaction vivante de l'organisme qui l'approche » (Chauffard).

(1) Note de MM. Béchamp et Ester. Arch. génér. de médecine, p. 119; 2e série 1873.

(2) Ch. Robin. Traité du microscope, 1871, p. 928.

Ce virus (1), quelle que soit d'ailleurs sa nature, pénètre dans l'organisme par trois voies différentes. Ces divers modes de contagion sont connus depuis longtemps, car on lit à ce sujet, dans Paracelse, : « Infectio triplici via, videlicet coïtu, partu, « tactu. » (De Var., lib. v, c. 1.)

Les modifications humorales que déterminent ces trois causes d'infection sont spéciales à la race humaine. Les animaux ont, il est vrai, des affections vénériennes et contagieuses, mais les caractères de leurs maladies diffèrent essentiellement de ceux de la vérole. Cette vérité, bien démontrée aujourd'hui, n'a point été toujours reconnue, et nous citerons pour sa singularité naïve l'assertion d'un ancien auteur qui affirme avoir observé des *choux* atteints de syphilis. « Cette maladie, écrit-il, leur est communiquée par les eaux stagnantes, dans lesquelles a été lavé le linge des vénériens, et dont on s'est ensuite servi pour les arroser. Les excroissances de ces plantes ressemblent à te point aux pustules du « mal français, » que les enfants les coupent avec des ciseaux et les collent sur leur visage pour simuler la maladie. Du reste, les autres plantes potagères souffrent aussi de la maladie, non moins qu'un grand nombre d'animaux. » (Ruiz Diaz de Isla.)

De tout ce qui précède, il résulte que la science a encore beaucoup à faire pour fournir à la médecine l'explication de certains phénomènes vitaux, véritables sphinx de la pathologie syphilitique. Les détails dans lesquels nous sommes entré au sujet des modifications que subissent les humeurs trouveront leur application lorsque nous nous occuperons de la syphilis infantile dans ses rapports avec l'apparition fréquente et précoce des *affections osseuses*, de la *dactylite profonde* en particulier chez les nouveau-nés.

---

(1) Pour plus amples détails au sujet de la question du virus, voir :
Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant. Paris, 1807.
Chauveau. Revue scientifique, 1871. Les Virus, p. 163, cause intime de la virulence, 232.
Dieulafoy. Thèse d'agrégation, 1872. De la contagion.
Mémoire lu à l'Académie de médecine sur les fermentations pathologiques, 19 mai 1874.

Nous terminerons ces considérations générales par la phrase suivante, empruntée à l'auteur qui, le premier, semble avoir observé et noté un cas de l'affection singulière que nous avons entrepris de décrire :

« Il faut que la syphilis héréditaire constitue un vice bien radical, une tache indélébile ; car, pendant plusieurs générations, toute la race d'un individu, primitivement affecté, peut en porter l'empreinte, et malgré les tendances indubitables de l'organisme chez l'enfant, à la réparation de ce qu'il y a de vicieux, d'altéré ; malgré tant de mouvements spontanés, salutaires à cet âge, qui se traduisent en jetées fluxionnaires, en décharges de fluides, en sécrétions dépuratives à la peau, sur le cuir chevelu, à l'orifice des muqueuses, etc... ; malgré tous ces efforts de la vie de nutrition, l'empoisonnement syphilitique n'en poursuit pas moins ses ravages. » (Baumès, Traité théorique et pratique des Mal. vén., Ire partie, p. 174. Lyon, 1840.)

CHAPITRE II. — HISTORIQUE.

L'affection qui nous occupe est le plus souvent constituée par une production gommeuse relevant de la syphilis tertiaire. Dans certains cas elle envahit le tissu cellulaire ; d'autres fois, c'est le tissu osseux qui est affecté, et alors d'une manière toute spéciale que nous étudierons ultérieurement.

Les auteurs lui ont donné différents noms : *panaris syphilitique* pour les uns, *spina ventosa* syphilitique pour les autres ; enfin, *dactylite syphilitique*, terme que nous préférons de beaucoup, et qui, employé d'abord par M. Chassaignac, a été adopté depuis par nombre d'écrivains.

L'emploi du mot panaris, en effet, n'indique en rien l'affection ; le mot est impropre, car, venant de « παρωνυχια, » il désigne seulement une inflammation aiguë de l'ongle et de son voisinage. Le mot spina ventosa (épine venteuse) ne nous paraît pas meilleur ; il a servi, depuis qu'on l'a emprunté aux médecins arabes, à désigner tant d'affections diverses que nous respecterons le discrédit dans lequel il est tombé.

Le terme : dactylite, au contraire, venant de δάκτυλος, doigt, ne localise pas outre mesure le mal qu'il doit désigner; il ne reste cependant pas non plus dans le vague. Il offre en outre l'avantage de pouvoir s'appliquer aux doigts aussi bien qu'aux orteils. Les avantages que présente cette expression ont d'ailleurs attiré l'attention des étrangers; les Anglais et les Allemands se servent à chaque instant, dans leurs ouvrages, des termes « *dactylis* » ou « *dactylitis*. »

Mais c'est là une affaire de mots dont la science ne tirera jamais grand profit. Nous passons outre.

Si on parcourt attentivement les recueils de médecine, et les ouvrages consacrés à l'étude de la syphilis, on ne tarde pas à se convaincre de la rareté des lésions dactyliennes de la syphilis. Et cependant, à chacune des périodes du mal vénérien peut correspondre une localisation sur les doigts ou les orteils, localisation qui, suivant l'âge du mal, affectera l'un ou l'autre, et quelquefois plusieurs des nombreux éléments qui constituent ces petits organes.

Si la dactylite syphilitique est une manifestation rare à toutes ses périodes, bien plus rarement encore se voit-elle chez l'enfant nouveau-né. Aussi, le nombre des cas rapportés est-il fort restreint, et la bibliographie relative à ce sujet est-elle toute récente. Jetons un coup d'œil rapide sur les matériaux qu'elle nous offre.

C'est Baumès (1) qui, pour la première fois, en 1840, mentionna le gonflement et l'inflammation chronique des phalanges dans la première observation de son livre. Il s'agit de deux jeunes filles, enfants d'une femme syphilitique. « L'aînée, d'un tempérament éminemment sanguin, présenta, toute jeune encore, des maux de poitrine et d'estomac, puis le *gonflement*, l'*engorgement de quelques phalanges des mains et des pieds*. »

Cette observation passa complètement inaperçue; et, lorsqu'en 1869, M. Archambault (2) rapporta le cas d'un enfant qui avait présenté, comme premier signe d'infection, un gonflement

(1) Loco citato. 1re observation, p. 178.
(2) Archambault. Syphilis héréditaire, Union médicale, 1869, no 140.

du doigt, on regarda ce fait comme unique en son genre; quant à l'auteur, il s'étonna surtout de la marche de l'affection. « Quelquefois, dit-il, les symptômes sont singuliers, ou tout au moins leur ordre est interverti. » Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette interversion, et combien il est fréquent de l'observer aussi bien chez l'adulte que chez le nouveau-né.

En 1871, W. Taylor (1), dans un article fort intéressant, publié dans les *Archives de dermatologie et de syphilographie* de New-York, se contente, au sujet de la dactylite congénitale, de rapporter le cas d'Archambault, mais sans en tirer aucune conclusion, et en relatant si plement qu'on prit au début l'affection pour un spina ventosa faux.

L'année suivante, Curtis Smith (2) publiait un nouveau cas de dactylite syphilitique survenue chez un enfant né sans symptômes syphilitiques, mais qui, à 3 semaines, eut une roséole, et à 6 semaines présenta, outre des plaques muqueuses à l'anus, une déformation singulière des doigts, caractérisée par du gonflement et de la rougeur, au niveau de la première phalange et des articulations métacarpo-phalangiennes de l'index, du médius et de l'annulaire. Cette observation, prise avec le plus grand soin, met bien en évidence l'histoire syphilitique du père et de la mère. C'est un cas fort intéressant, dont il est regrettable que l'auteur n'ait pas cru devoir tirer quelques conclusions pratiques, comme l'a fait Morgan. Ce dernier auteur, en effet, publiait, l'année suivante, deux articles, et faisait à la Société obstétricale de Dublin (3), une longue communication

(1) W. Taylor. On Dactylis Syphilitica. American Journal of syphilography and Dermatology. V. II, p. 1, 1871. A été analysée dans les Annales de Dermatologie et de Syphilographie, t. III, p. 114 et suivantes, par M. Curtis alors interne des Hôpitaux.

(2) Curtis Smith. On case of congenital Dactilis Syphylitica. American Journal of Syphilography and Dermatologie, vol. III, p. 142, 1872.

Voir l'analyse dans la France médicale, 1er octobre 1873, écrite par notre excellent ami A. Chevallereau.

(3) Morgan. The medical Press and Circular, 18 déc., 1872; 15 janv. 1873. Nouveau cas dans le même journal, avril 1873.

Morgan. The Dublin Journal of medical science, 1re série, n° 15, avril 1873, p. 354-359.

Analysé dans The American Journal, may 1874; p. 199, Bulletins de la So-

sur la dactylite syphilitique, montrant les moules et expliquant les dessins qu'il avait réunis sur ce mal singulier. Au point de vue pratique, l'auteur se demande si on ne peut point confondre la dactylite de cause scrofuleuse et tuberculeuse avec celle qu nous intéresse ; il appuie surtout sur le diagnostic de la lésion, et je crois avec juste raison. Une seule réserve doit être faite, et elle s'adresse en général à tous les syphiliographes anglais et américains, au sujet de l'origine véritablement syphilitique du cas attribué à cette infection.

En répondant au Dr Morgan, le Dr Kennedy fait remarquer, en effet, qu'on a grande tendance à attribuer, en Angleterre, à la syphilis tous les cas pathologiques un peu singuliers. Il pourrait, dit-il, citer bon nombre de faits publiés dans les recueils ou présentés à la Société de pathologie comme syphilitiques, et qui tous étaient survenus sous l'influence de la scrofule, de la tuberculose ou d'autres diathèses. Le même auteur, l'année précédente, avait, dans un ouvrage de grand intérêt, publié quelques cas fort curieux de syphilis chez des enfants de 3 ans, de 11 ans et de quelques mois (1).

A peu près à la même époque, ayant même la priorité sur les travaux de Morgan, Perry (2), de Philadelphie, avait publié, dans le *Philadelphia Medical Times*, plusieurs observations fort intéressantes, concernant les enfants syphilitiques. — Ces observations, avec un éloge de l'auteur, viennent d'être publiées de nouveau en Amérique, dans le journal d'obstétrique de New-York (3).

En 1873, W. Taylor (4), continuant ses travaux sur les affections syphilitiques et rares, publiait un nouveau travail dans lequel il rapportait deux cas de gonflement des doigts et de la

ciété obstétricale de Londres ; analysé dans la Revue des sciences médicales, par Delens, 1873.

(1) Morgan. Particul. Lessons in the nature and traitement of the contagious diseases, 1872, p. 231-236.

(2) Philadelphia Medical Union. Décembre 1872.

(3) Case of congenital Syphilitic bone disease in children. By P. Brynberg Portos. The american Journal of obstetrics, février 1875, p. 549-555.

(4) Archives of scientific and practical medicine, de Brown-Séquard et Séguin' n° 4, 1873, p. 354-360.

main, survenus chez des enfants. L'observation I est surtout fort remarquable; aussi nous excusera-t-on d'en donner une rapide analyse :

Les antécédents de la mère montrent qu'elle a été atteinte de syphilis : roséole, plaques muqueuses, trace d'un ancien iritis, douleurs ostéocopes ; enfin, pour compléter le tableau, le biceps droit était le siége de cette inflammation diffuse décrite par Notta et étudiée par Virchow ; il présentait une grande dureté en même temps qu'une certaine diminution de volume, enfin il était dans la flexion. L'infection datait du cinquième mois de la grossesse. Le père présentait aussi des signes évidents de syphilis secondaire.

Mathilde C.., leur petite fille, naquit sans offrir aucune trace de syphilis ; mais au bout d'un mois elle eut une roséole, des plaques muqueuses et du nasillement. Six semaines après, la mère remarqua que le médium droit de l'enfant était un peu gonflé ; peu à peu la peau devint rouge, tendue et luisante. Au quatrième mois, c'est-à-dire dix semaines après l'apparition du gonflement, la fluctuation étant devenue évidente, on pratiqua une incision sur chaque côté du doigt ; il en sortit une quantité considérable de pus.

C'est alors que la petite malade fut confiée aux soins du Dr W.Taylor qui, en quelques mois d'un traitement antisyphilitique énergique obtint une guérison complète. Le doigt, bien que restant plus gros que le médius de l'autre main, reprit sa mobilité et sa force, tout signe de syphilis ayant dès longtemps disparu.

Ce cas, ajoute l'auteur, est intéressant, car il montre la curabilité de l'affection. Son diagnostic était important à poser, et c'est faute de l'avoir fait que deux chirurgiens avaient déclaré le mal incurable et demandé l'amputation.

Dans cet article, l'auteur élucide encore la question de fréquence de la maladie. « Je n'ai nul désir, dit-il, d'exagérer la rareté d'une difformité qui aujourd'hui ne compte pas plus de 12 cas connus dans la science (ici l'auteur veut parler de la dactylite syphilitique en général), et je m'inscris en faux contre l'assertion du Dr Maury, qui aurait souvenir d'avoir vu de nombreux cas de dactylite syphilitique. Si jamais ce médecin publie ces faits, je modifierai mon opinion sur la dactylite syphilitique, qui alors serait une affection généralement rare mais commune seulement à Philadelphie, dans la clientèle du Dr Maury. — On nous a montré, au Dr Wiglesworth et à moi, un cas d'abcès plantaire avec gonflement inflammatoire du

gros orteil. Le médecin prétendait que c'était de la dactylite syphilitique; il nous faisait, en même temps, l'honneur de nous informer qu'il avait déjà vu cinq cas de cette affection.

« Le Dr Gross, dans son Traité de chirurgie publié en 1872, admet que la dactylite syphilitique est fréquente. Il en aurait vu de nombreux cas. Les faits suivants éclaireront suffisamment la question. Quand je publiai mon article, en janvier 1871 (cité plus haut), pas un cas n'avait été rapporté en Angleterre ou en Amérique. Aucun traité sur la chirurgie, pas même l'ancienne édition du Dr Gross, qui était alors dans toutes les mains, ne mentionnait cette affection. Mais, depuis, il en a fait une pompeuse description dans son édition de 1872. D'ailleurs, je tiens de plusieurs chirurgiens distingués de New-York, entre autres les Drs Bunstead et sir James Paget, que, s'ils ont vu cette maladie, «c'est une fois au plus chacun. »

Nous sommes absolument de l'avis du savant Américain, et reconnaissons la rareté de la dactylite syphilitique; mais l'importance que présente son diagnostic assurera à l'étude que nous en faisons toute l'attention qu'elle mérite. Depuis ce travail, deux auteurs ont publié encore des cas de dactylite syphilitique congénitale.

En mai 1874, Bulkley (1) rapporta trois cas de syphilis congénitale. Dans la troisième observation, la lésion était certainement due à une autre cause que la syphilis. Le père, la mère, ni l'enfant, n'avaient présenté aucune autre trace d'infection. Dans son travail, l'auteur étudie quelques points curieux du diagnostic différentiel entre les lésions spécifiques et non spécifiques des mains des enfants.

Dans les deux autres cas qu'il rapporte, l'infection était certaine chez l'un, probable chez l'autre : les doigts atteints étaient le pouce et le médius de la main gauche; le premier métacarpien de la main droite, le quatrième et le cinquième métacarpien du pied gauche, et la malléole externe du pied droit étaient

(1) Bulkley L. D., Rare cases of congenital Syphilis (Dactylitis syphilitica) N.-Y. medical Journal, may 1874. Analysé dans les Archives Dermatology vol. II, no 2, janvier 1875, N.-Y.

affectés dans le premier cas. Dans le second, la première phalange seule du pouce droit était malade.

Le cas du Dr Busey (1) se rapporte à une petite fille dont les parents n'offrent pas d'antécédents syphilitiques bien nets, comme le dit, dans un récent travail, William Taylor (2). « In whom there is no mention of syphilitic affections. » Nous reviendrons ultérieurement sur ce cas, et nous nous contenterons pour le moment de dire que l'auteur lui-même avait reconnu la difficulté du diagnostic, et que pour soutenir son opinion il est obligé d'avoir recours aux relations d'origine qui existent entre le syphilide et la scrofule.

On le voit, par ce court aperçu, les cas rapportés de *dactylite syphilitique congénitale* sont rares; et si nous avons entrepris d'étudier cette affection, c'est que nous sommes convaincu qu'on la rencontrerait plus fréquemment si on la connaissait davantage.

(*A suivre.*

REVUE CLINIQUE

ADÉNOME DU SEIN. — EXTIRPATION. — GUÉRISON.

Par le Dr Sahut, d'Aigueperse (Puy-de-Dôme).

Mlle G..., d'Aigueperse, âgée de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution moyenne, le plus jeune et le seul survivant de cinq enfants dont deux sont morts en très-bas âge et deux autres accidentellement, réglée pour la première fois à 13 ans, l'ayant toujours été exactement, s'est aperçue dès l'âge de 12 ans qu'elle avait dans le sein droit, en dessous du mamelon, trois petites tumeurs sous-cutanées, grosses comme des avelines, dépendantes les unes des autres, indolentes même à la pression. Mais bientôt, à la suite de quelques contusions légères, les tumeurs devinrent douloureuses.

---

(1) Case of dactylitis syphilitica in a child eighteen months old. American Journal of medical Science, oct. 1874.

(2) American Journal of obstetries, p. 603.

Assez vagues d'abord et assez peu intenses pour n'occasionner aucune plainte, les douleurs augmentèrent d'intensité lors de la première apparition des règles et à chaque période menstruelle. Cependant la santé générale ne fut nullement troublée, les glandes mammaires se développaient l'une comme l'autre.

A 16 ans, les tumeurs,qui n'en faisaient plus qu'une par suite de leur croissance continuelle, avaient atteint le volume d'un poing d'adulte. Des douleurs aiguës se firent sentir, se propageant dans le bras droit. Mlle G. se décida alors à faire connaître son état à ses parents.

Le médecin consulté en cette occasion prescrivit des cataplasmes émollients et des pommades résolutives à base d'iodure de potassium. La marche de la tumeur ne fut pas entravée par ce traitement; les douleurs ne furent en rien diminuées, elles prirent même un caractère lancinant, qui fit dire aux commères de l'endroit que cette pauvre enfant avait un cancer et qu'elle était perdue sans ressources.

Mlle G. est extrêmement nerveuse; ces prédictions funestes qui se faisaient devant elles exaltaient sa sensibilité : son existence devenait misérable; tourmentée par les idées les plus tristes, elle ne dormait plus, perdait l'appétit et dépérissait à vue d'œil. Ses parents du reste partageaient ses craintes, et leurs lamentations étaient loin de calmer ses inquiétudes. C'est dans cet état moral, avec la certitude d'une mort prochaine, que Mlle G. vint me consulter le 25 mai 1871. Elle avait alors 18 ans.

Une tumeur plus grosse que le poing, ayant son centre au niveau du mamelon (sein droit), est très-facilement sentie dépassant l'aréole de tous côtés, mais surtout en bas et en dedans; la peau qui la recouvre est moins riche en tissu cellulaire que dans les autres parties du sein.

La tumeur présente à sa surface trois bosselures grosses comme des noix. Elle est d'une dureté ligneuse, sa surface est comme grenue; sa base paraît enchâssée entre les lobules de la glande mammaire; elle est plane et de forme quadrilatère; nulle trace de fluctuation tant superficielle que profonde.

La tumeur est complètement isolée de la peau qu'on peut

faire mouvoir sur elle dans tous les sens; de même que la surface, la partie profonde semble complètement indépendante des tissus normaux ambiants. L'absence absolue d'adhérence lui donne la plus grande mobilité; on peut la faire basculer dans tous les sens; pressée entre les doigts, elle glisse comme un noyau de fruit dans toutes les directions, sans entraîner avec elles aucune des portions de la glande mammaire. En un mot, elle semble enchâssée entre les lobules de la glande qu'elle distend par sa partie profonde, mais elle ne présente avec elle que des rapports de voisinage se comportant absolument comme le pourrait faire un corps étranger. La glande du reste, du côté malade, présente le même volume que du côté sain, abstraction faite de la tumeur.

Dans l'aisselle que j'ai examinée avec le plus grand soin, je n'ai trouvé absolument aucune trace de ganglion. La malade prétend bien avoir eu en ce point une petite glande grosse comme une noisette, mais elle a disparu complètement et spontanément. De la tumeur au creux de l'aïselle je n'ai trouvé aucune traînée lymphatique.

Il était important pour le diagnostic de connaître les anamnestiques.

Le père et la mère, âgés de 50 à 60 ans, sont en parfaite santé. Les grands parents du côté paternel comme du côté maternel sont morts octogénaires; jamais aucun membre de la famille n'a eu de cancer, voire même de tumeur.

A 12 ans, lorsque la malade s'est aperçue de sa tumeur, celle-ci avait déjà le volume de trois avelines, ce qui fait supposer, en raison de la lenteur de son développement, qu'elle datait d'au moins deux ans. La tumeur ayant commencé à se former dès l'âge de 18 ans et la malade en ayant 18, elle a donc mis huit ans pour atteindre le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Evidemment je n'avais affaire ni à un lipome ni à un kyste superficiel. Je songeai à un kyste à parois épaisses, à un encéphaloïde, à un squirrhe, à un adénome.

L'absence complète de la fluctuation, le mode de formation

sans la moindre inflammation éloignèrent l'idée d'un kyste à parois épaisses.

Un encéphaloïde datant de huit ans se fût déjà ramolli ; il eût pris une forme globuleuse, sa croissance eût été plus rapide ; un commencement d'infection générale eût amené l'hypertrophie des ganglions de l'aiselle, la tumeur eût présenté des adhérences avec la peau et les parties profondes. Conclusion : Ce n'était point un encéphaloïde.

Restait à différencier le squirrhe de l'adénome. Même mode de formation, même consistance ligneuse, mêmes douleurs lancinantes. Mais un squirrhe datant de huit ans n'est jamais isolé dans le sein ; il se continue toujours par quelque branche, par quelque racine, par quelque traînée avec le tissu mammaire ; il ne se déplace qu'à la manière d'une masse dont la glande fait partie. Le squirrhe, en général, semble comme fixé à la peau tantôt par filaments, tantôt d'une manière intime. De plus, un squirrhe, de même qu'un encéphaloïde, débute bien rarement dans un âge si précoce, en l'absence d'antécédents héréditaires.

Donc ce n'était pas un squirrhe.

Donc, c'était un adénome, c'est-à-dire une tumeur bénigne, ne récidivant pas sur place, n'infectant pas l'économie, et dont l'ablation est généralement suivie de guérison radicale.

Guidé par ces considérations, je rassurai de mon mieux la malade et lui proposai l'extirpation de sa tumeur, bien convaincu de l'inefficacité de tous les traitements résolutifs. L'opération fut acceptée avec empressement, et je la pratiquai le 15 juin avec l'assistance de M. le D[r] Mancel.

La malade étant anesthésiée par le chloroforme ; je fis de dedans en dehors et de haut en bas une incision demi-circulaire, de 16 centimètres environ, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Cette incision partait en haut de 3 centimètres environ de la circonférence de l'aréole et aboutissait en bas à l'angle inférieur et externe de la tumeur que j'attaquais ainsi dans son plus grand diamètre en ménageant les canaux galactophores. Arrivé sur la tumeur, je la fis soulever avec des érignes et l'énucléai facilement, partie avec la pulpe du doigt, partie avec le bistouri ; je liai trois artérioles cutanées qui don-

naient du sang. Les bords de la plaie furent réunis par une suture entortillée.

La guérison fut rapide; j'enlevai les épingles le 18 juin, les remplaçai par des bandelettes agglutinatives; les ligatures tombèrent le 21, et le 27, la cicatrisation était complète.

La tumeur du poids de 230 grammes était dure, bosselée, irrégulière, rugueuse à sa surface. Par la section, on voyait une trame cellulo-fibreuse à très-larges mailles contenant une substance blanchâtre, légèrement friable, légèrement graisseuse et d'un aspect grenu, semblable au tissu glandulaire normal. En comprimant la tumeur, on n'en faisait point suinter du suc trouble, comme il arrive pour les tumeurs cancéreuses.

L'opération date de trois ans. J'ai examiné Mlle G. les jours derniers. Ses deux seins sont absolument semblables comme volume, comme forme, comme consistance. Il n'y a pas trace de récidive, pas trace de ganglion axillaire. Les douleurs ont totalement disparu depuis l'opération.

La guérison serait-elle radicale? J'ose l'espérer, puisque l'anatomie pathologique confirme le diagnostic de tumeur adénoïde.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Tumeur congénitale polycystique insérée à la symphyse du maxillaire inférieur et à la face inférieure de la langue.—Accouchement spontané avant terme.—Arrachement de la tumeur pendant le travail. — Examen anatomique de la pièce.

M. Verneuil donne lecture du travail suivant:

Je dois le fait curieux et rare que j'ai l'honneur de vous présenter à l'obligeance de MM. les docteurs Lafont et Nepveu. Le premier m'a fourni non-seulement des détails sur l'accouchement auquel il a présidé, mais encore la pièce pathologique qu'il n'a pu recueillir qu'à grande peine. Le second, chef de laboratoire à la Pitié, et dont la compétence en anatomie pathologique est si connue, m'a communiqué les résultats de ses patientes investigations. L'Académie, j'en

suis sûr d'avance, voudra bien remercier nos jeunes confrères de leur empressement à sauver de l'oubli un cas d'un pareil intérêt.

Le 13 janvier 1875, M. Lafont fut appelé auprès de madame X...., âgée de 3. ans, grande, brune, très-bien conformée, et qui, dix-huit mois auparavant, avait déjà mis au monde un enfant à terme normalement constitué. Le mari est également robuste et d'une structure irréprochable. Madame X... est à la fin du huitième mois d'une grossesse qui n'a rien présenté d'insolite et qu'aucun accident n'a troublée. Le travail est en train depuis quarante-huit heures. Peu de temps après son arrivée, M. Lafont reçoit un enfant du sexe féminin, mort depuis quelques heures sans doute, et qui présente, du côté de l'orifice buccal, des désordres considérables.

Les lèvres sont conservées, mais largement écartées; on trouve entre elles une sorte de lambeau membraneux flottant, tapissé supérieurement par une muqueuse et inférieurement offrant l'aspect d'une surface récemment déchirée. Ce lambeau n'est autre que la langue fortement tirée hors de la bouche.

Plus bas, entre ce lambeau lingual et la lèvre inférieure, se voit une large plaie inégale, irrégulière, au fond de laquelle on retrouve sur la ligne médiane des surfaces osseuses répondant aux deux pièces du maxillaire; ou, en d'autres termes, une fracture par arrachement de la symphyse de la mâchoire inférieure.

Pendant que M. Lafont examinait cet enfant, qui d'ailleurs ne paraissait offrir aucune autre anomalie et présentait un développement normal pour son âge, un autre corps fut expulsé. C'était une tumeur plus grosse que la tête de l'enfant déjà sorti et pesant 670 grammes.

Sur un point de sa surface existait une large plaie superficielle, au centre de laquelle le doigt sentait des inégalités osseuses. Il fut aisé, en confrontant les deux surfaces saignantes, de voir qu'elles se correspondaient exactement et de reconnaître que la tumeur issue de l'orifice buccal adhérait par un pédicule assez volumineux à la mâchoire et à la face inférieure de la langue à la fois allongée, aplatie et élargie.

La rupture s'était faite au milieu des attaches maxillaires et linguales de ce pédicule, après fracture préalable de la symphyse.

Il est certainement regrettable que la marche du travail n'ait pas été observée et que nous ignorions comment s'est effectuée l'évolution fœtale; mais la faute n'en est point à M. Lafont, qui, comme nous l'avons déjà dit, ne fut appelé qu'à la dernière heure et quand deux jours entiers s'étaient écoulés déjà depuis le début des douleurs. A son arrivée la tête était à la vulve, c'est-à-dire que la nature avait déjà triomphé de l'obstacle. Je laisse, du reste, à mes savants collègues de la section d'accouchements, le soin de nous dire ce qu'ils pensent de ce cas spécial de dystocie, et, après avoir indiqué que les

suites de couches furent tout à fait naturelles, je vais passer à l'ex-posé anatomique.

La tumeur est d'une consistance ferme, rappelant celle des cor- fibreux utérins; çà et là, cependant, elle présente des points fluctuants limités qui répondent à des cavités superficielles remplies de liqui et des points très-durs correspondant à des noyaux cartilagineux osseux.

La surface, sauf au niveau de la déchirure, est partout recouverte d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, de la même nat que celui de la bouche. Sur la déchirure et à son pourtour on retr des débris de la muqueuse et des muscles de la langue, au centre fragments de la symphyse maxillaire.

Des coupes pratiquées dans la partie centrale, de façon néanm à ne pas détériorer la pièce, montrent que la masse morbide est stituée par une gangue fibreuse, des kystes et des noyaux carti-neux et osseux.

L'examen microscopique à l'état frais ou après les prépara préliminaires usitées révèle la structure intime de ces parties posantes.

La gangue fibreuse renferme tous les éléments du tissu conjonc faisceaux fibreux, cellules fusiformes en grand nombre, cellules lées formant des mailles élégantes remplies de matière amorphe. lules embryonnaires en amas plus ou moins réguliers, enfin çà et des cellules à cils vibratiles.

Les kystes, très-nombreux, et répartis dans tous les points tumeur, varient beaucoup de volume et d'aspect; le liquide q contiennent, plus ou moins visqueux, renferme, à l'état libre, une grande quantité de cellules épithéliales, les unes pavimenteuses autres cylindriques, dont quelques-unes remplies de matière col sont très-volumineuses, arrondies, translucides et munies d'un noyau bien net. Les parois kystiques sont tapissées des mêmes cellu c'est-à-dire d'épithélium pavimenteux pour les unes, et pour les tres d'épithélium cylindrique très-allongé et très-régulier.

Les noyaux cartilagineux sont de petit volume et composés de car-tilage hyalin.

Les masses osseuses irrégulières, perdues dans la gangue fibreuse et dans les cloisons interkystiques n'ont aucune forme précise rap-lant des pièces du squelette; elles sont disposées en aiguilles, en la-melles rameuses et composée de tissu osseux bien formé.

Nulle part on n'a trouvé de nerfs et les vaisseaux sanguins eux-mêmes sont en très-petit nombre. En somme, cette structure compliquée démontre qu'il ne s'agit ici ni d'une inclusion fœtale. d'un de ces monstres décrits par Geoffroy Saint-Hilaire, sous le n d'*épignathes*, ni même d'un kyste dermoïde; c'est purement et sim-

plement un néoplasme qui non-seulement adhère au maxillaire inférieur, mais encore provient de cet os lui-même.

En d'autres termes, il s'agit d'une tumeur fibro-kystique ne différant de celles que l'on observe parfois chez l'adulte que par son développement précoce remontant à la période embryonnaire.

Il est évident que la production morbide part de la symphyse, ce qui explique d'abord pourquoi elle renferme des amas d'épithélium à cils vibratiles. On sait, en effet, qu'en ce point viennent de très-bonne heure se souder sur la ligne médiane les extrémités du premier arc branchial qui, normalement, est tapissé par une couche d'épithélium cilié.

Quant aux kystes, ils ont certainement pour origine les follicules dentaires; les épithéliums pavimenteux et cylindriques qu'ils renferment rappellent exactement ceux qu'on trouve dans l'organe de l'émail et dans le revêtement du germe dentaire; elles-mêmes, les cellules étoilées de la gangue, représentent celles du tissu gélatineux de l'organe adamantin.

A la vérité, la multiplication des cavités kystiques légitime au premier abord une objection sérieuse qui a été formulée déjà pour les tumeurs semblables de l'âge adulte. On s'explique mal comment le nombre fort limité de follicules dentaires pourrait suffire à produire des cavités closes en aussi grande quantité, de volumes si variables, et ne renfermant d'ailleurs nulle trace des parties constituantes des dents.

Si bien fondée qu'elle paraisse d'abord, cette objection n'est pas irréfutable. Quand on jette les yeux sur les belles planches annexées au mémoire de MM. Legros et Magitot (1), on constate l'existence temporaire dans l'épaisseur même du maxillaire d'un système de canaux rameux, remplis d'épithélium, et il n'est point défendu de croire que cette disposition, modifiée par un travail pathologique, puisse donner naissance, et cela en quantité indéfinie, à des cavités offrant les caractères des kystes. Il se passerait là quelque chose d'analogue à ce qui a été décrit pour les kystes de l'ovaire.

Je ne présente cette hypothèse qu'avec réserve, mais dans l'espoir qu'elle aidera à résoudre un point obscur de la pathologie, pourtant si avancée, des os maxillaires.

Le fait que je viens de rapporter n'est probablement pas unique dans la science, et il me semble que des cas comparables existent dans un travail de M. Dr Ahlfeld (de Leipzig) (2), où ils sont cités à tort comme des exemples d'épignathisme.

(1) Origine de formation du follicule dentaire (*Journal d'anat. et de phys.* de Robin, septembre et octobre 1873).

(2) Ce mémoire, intitulé Contribution à l'étude des jumeaux, a paru dans les *Archiv für Gynækologie*, t. II, fasc. 2, on en trouve la traduction dans les *Annales de Gynécologie*, t. III, mai 1875, p. 369.

M. Depaul. M. Verneuil m'avait parlé avant la séance du cas tr-intéressant qu'il vient de vous communiquer, mais je n'avais pas ., le sujet et je n'avais pu m'en faire qu'une idée incomplète: je .. de l'examiner. C'est un cas fort curieux; mais je dois avouer que . explications de M. Verneuil sur la formation et la constitution de s kystes multiples ne me satisfait pas entièrement, et je lui dem.. derai d'où viennent les éléments cartilagineux et osseux de l . meur. Ce fait se rapproche beaucoup des tumeurs qu'on renc.. parfois à la région sacrée ou périnéale. J'en ai observé quelques ... La présence seule de ces kystes ne suffit pas, selon moi, pour la songer à ces kystes purs formés en dehors d'une grossesse par in.. sion. Je connais un cas de ce genre dont le moule en plâtre se tr.. à la Maternité : l'enfant a l'air d'en tenir un autre dans la bouche. J n'ai pu l'examiner en détail, mais on pourrait reprendre le mou.. question et l'étudier plus à fond. En résumé, sans repousser pr.. sément l'hypothèse de M. Verneuil, je lui demanderai comment il .. plique la présence des éléments osseux et cartilagineux dans cette t. meur. Je ne m'en rends pas bien compte.

M. Verneuil. L'interprétation ne me paraît pas très-difficile à do.. ner. Si l'on examine de près le sujet, on voit qu'il manque une pa.. tie de la symphyse du menton; la tumeur est née dans le sein . l'os...

On peut expliquer aussi l'existence d'éléments osseux dans la tu.. meur, mais la présence de ces fragments d'os dans une tumeur ne signifie pas toujours qu'il y a eu une grossesse double, excepté ..u.. tant les tumeurs testiculaires renfermant des portions d'os qui n. peuvent provenir que d'une grossesse gémellaire par inclusion. Mais dans les cas de tumeurs fibreuses contenant des éléments osseux, . doute est permis. Je crois qu'ici ces éléments doivent venir de la pa.. tie antérieure de la symphyse du menton.

Cette explication me paraît acceptable, et les réserves que je faisais portaient uniquement sur l'étiologie des kystes de la tumeur. Fa.. il réellement l'attribuer à la disposition embryonnaire décrite par MM. Legros et Magitot? Je ne sais. M. le Dr Ahlfeld a publié dern.. rement, dans les *Annales de gynécologie*, un travail ou il a réuni ving.. quatre observations de tumeurs de la langue. et il a réuni, sous ce titre commun, toutes les tumeurs qui proviennent de la mâchoire in. férieure. Il y a certainement des cas qui n'appartiennent pas au genre d'Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire et se rapprochent plutôt de la tume.. que je viens de présenter. C'est pour moi une tumeur tératologique.. non le produit d'une grossesse gémellaire.

M. Depaul. Dans l'hypothèse de M. Verneuil, que la tumeur d. pend du maxillaire inférieur, de la symphyse du menton, il me sem- ble que l'os devrait présenter quelques altérations; or, ici le maxil-

laire inférieur a conservé sa forme normale, son aspect ordinaire; on y voit bien les traces de la fracture, mais l'os paraît sain et ne semble pas avoir subi la moindre altération. Il est donc difficile d'admettre que la tumeur soit née dans le maxillaire même; elle y adhère, c'est évident; y a-t-elle pris naissance? j'en doute, et ce serait à étudier. Il faudrait examiner avec soin la structure de l'os au point où s'est produite cette fracture et voir s'il a subi là quelque altération. *(Séance du 1er juin 1875.)*

Placenta avec trois cordons. — M. Depaul. M. le docteur Mousson, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux, m'a transmis une pièce anatomique intéressante que je mets sous les yeux de l'Académie.

Il s'agit d'un placenta recueilli à l'occasion d'une grossesse trigémellaire, et qui offre les particularités suivantes : à une masse unique, volumineuse et de forme arrondie, se rendent trois cordons; l'un vers la partie centrale, l'autre sur le bord et le troisième sur les membranes à trois travers de doigt du tissu placentaire.

Le placenta a 28 centimètres dans sa plus grande largeur : une grande et une petite anastomose établissent entre les vaisseaux des trois cordons des communications manifestes. On n'a pas retrouvé d'une manière distincte les débris des trois poches qni s'étaient successivement formées pendant l'accouchement, ce qui s'explique sans doute par les tractions qui ont été opérées à l'occasion de la délivrance, qui a offert ce fait que chacune de ces poches n'était probablement formée que par une membrane amnios, un chorion *unique* les enveloppant toutes les trois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Procidence de l'utérus opérée par la méthode de Sims. — M. Panas communique les faits suivants : Obs. I. — *Chute de l'utérus; opération de Sims; guérison.* — Élisa R..., déménageuse, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 2 juillet 1872, est une femme vigoureuse, qui n'a jamais été malade; elle a eu deux grossesses normales, la dernière en 1863. Procidence de la matrice produite par un effort, trois jours après cet accouchement, et s'accompagnant de maux de reins et besoins fréquents d'uriner.

En 1867, nouvel effort, à la suite duquel le prolapsus devient complet. La malade, continuant son travail, ne faisait rien pour le réduire. Menstruation très-irrégulière; leucorrhée très-abondante

dans les intervalles des règles. Un pessaire en caoutchouc, appliqué il y a dix-huit mois, n'a pu être porté que deux heures.

Etat actuel.— Pâleur de la face, amaigrissement, douleurs de reins et envies fréquentes d'uriner, rendant tout travail impossible.

Utérus saillant hors du vagin; col volumineux, rouge; large exulcération grisâtre et saignante au pourtour de l'orifice utérin par lequel coulent en abondance des mucosités blanchâtres et gélatiniformes. Parois vaginales dures, grisâtres, sèches et ressemblant à de la peau parcheminée.

Longueur de la cavité utérine, mesurée à l'aide de l'hystéromètre : 11 centimètres.

Réduction de l'utérus facile, mais provoquant une gêne notable.

Opération.— Avivement de la muqueuse vaginale (paroi antérieure) suivant deux lignes qui convergent vers l'orifice uréthral et se rapprochent un peu au-dessus de lui, en forme de V à base supérieure et à sommet tronqué. Deux petites lignes d'avivement, partant des extrémités supérieures de ce V, se dirigent vers la ligne médiane, sans se rejoindre. Quatorze points de suture métallique ont réuni les côtés opposés du triangle. Après cette réunion, le vagin est divisé en deux canaux distincts, l'un postérieur formé par le vagin proprement dit, l'autre antérieur, compris entre les surfaces avivées et réunies et servant, supérieurement, de point d'appui au col utérin replacé dans sa position normale.

L'opération, faite sans chloroforme, a duré deux heures et demie, et a été peu douloureuse.

Aucun accident, ni primitif, ni consécutif.

7 août. Les points de suture inférieurs ont cédé; les supérieurs ont eu un succès complet, et la réduction de l'utérus s'est maintenue.

Le 30. La malade se lève sans qu'il y ait tendance à la reproduction de la procidence; les parois vaginales ont repris l'aspect muqueux; leucorrhée moins abondante. Retour des forces et de l'embonpoint.

15 septembre. Exeat.

Cinq jours après sa sortie de l'hôpital, la malade eut une perte abondante; séjour au lit pendant huit jours. Puis grossesse et fausse couche de cinq mois et demi environ.

Néanmoins la procidence ne se reproduit pas. La malade, qui travaille de son métier, a été revue en 1873 et en 1874 : sa guérison s'est maintenue.

Obs. II.— *Chute de l'utérus; opération de M. Sims; amélioration.*— L..., âgée de 54 ans, est entrée à l'hôpital Lariboisière le 3 juillet 187?. Réglée à 16 ans et demi, elle a eu un seul enfant, à l'âge de 24 ans. Depuis lors, menstruation très-régulière.

Etat actuel.— Chute de l'utérus; le museau de tanche se voit à la

vulve. Cette procidence, que la malade attribue à une chute qu'elle fit il y a quatre ans, remonte à deux ans seulement.

Opération le 19 juillet, d'après le procédé de Marion Sims; on fait neuf points de suture.

La suture échoue, mais la rétraction consécutive produit le froncement de la muqueuse vaginale, qui suffit pour amener une guérison presque complète. Absence complète de fièvre. Un tampon d'ouate est appliqué chaque jour à l'entrée du vagin pour s'opposer à la chute de l'utérus.

2 septembre. Exeat. La matrice ne descend plus ni dans la marche, ni au moment de la défécation ou de la miction, bien qu'il reste un certain degré de cystocèle. Un pessaire américain est appliqué pour maintenir l'organe en place.

Il y a plusieurs années déjà que des opérations du même genre ont été proposées et pratiquées contre la chute de l'utérus, par Jobert de Lamballe et par d'autres encore. Les résultats obtenus ont dû toutefois être peu satisfaisants, à en juger par l'oubli dans lequel ces divers procédés sont tombés, au moins en France.

Marion Sims, partant de l'idée que toute chute de l'utérus était précédée du relâchement de la paroi antérieure du vagin, avec cystocèle, conçut le projet de s'opposer à l'issue de l'organe à travers l'anneau vulvaire en excisant, puis en suturant verticalement la paroi vaginale ainsi relâchée.

C'est le procédé de Sims que j'ai appliqué dans les deux cas rapportés ci-dessus, à cette différence près que, sur ma seconde malade, j'ai supprimé l'excision horizontale, ou de la base du triangle, me contentant de deux excisions obliques latérales.

Dans le premier de ces deux cas, la réussite a été complète, et le résultat définitif n'avait pas changé au bout de deux années et demie, quoique la malade ait eu dans l'intervalle une grossesse et une fausse couche avancée.

Dans le second cas, les points de suture n'ont pas tenu ; je n'ai obtenu qu'une améliocation notable, preuve que l'excision et la rétraction cicatricielle de la paroi vaginale ne suffisent pas, mais qu'il faut à tout prix obtenir la réunion par suture des lèvres d'avivement suivant l'axe du canal vaginal.

La discussion de la communication de M. Panas est renvoyée à une prochaine séance. (*Séance du* 10 *mars* 1875. *Bull. de la Soc. de Chir.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Quelques considérations sur le cancer utérin, ses complications et sur son traitement en particulier, par M. le Dr Carrère (1).

Le cancer de l'utérus est, on le sait, la maladie la plus terrible et la plus constamment fatale qui puisse atteindre cet organe ; cependant le praticien ne doit pas rester inactif et demeurer dans une douloureuse expectation, car alors qu'il ne peut plus guérir, il peut encore, presque toujours, apporter quelque soulagement.

Sans vouloir jeter une lumière nouvelle sur le moyen de guérison du cancer, M. Carrère se propose d'examiner, dans le travail que nous analysons, s'il n'est des cas dans lesquels le médecin peut tenter d'enrayer la marche de l'affection et, si le mal venant à triompher, il ne lui reste pas encore quelques ressources capables de calmer les souffrances de ces malheureuses femmes.

Après quelques considérations générales sur l'anatomie et la physiologie de l'utérus, M. Carrère énumère rapidement les diverses opinions émises sur la nature du cancer et finit par accepter la définition de M. Courty, qui appelle cancer « toute maladie caractérisée par la double tendance : 1° à détruire le tissu de l'organe ; 2° à se reproduire sur place ou à s'étendre aux organes voisins avec plus ou moins de rapidité, quelles que soient d'ailleurs les affections qui président au développement de cette maladie ou les formes anatomiques qui la représentent. »

Les causes les plus multiples, telles que le coït immodéré, les avortements fréquents, le célibat, ont été invoquées pour expliquer l'apparition du cancer ; mais ces faits admis par les uns sont niés par d'autres ; toutefois il est hors de doute que l'hérédité joue un rôle important, ainsi qu'une menstruation trop précoce, dans l'étiologie du carcinome utérin. La plupart des observations que rapporte le Dr Carrère viennent à l'appui de cette opinion.

Les symptômes, la durée, la marche et la terminaison sont exposés assez brièvement; toutefois l'auteur ne manque pas d'insister, avec raison, sur un ordre de symptômes particuliers que l'on rencontre relativement assez fréquemment ; je veux parler de l'hydronéphrose unilatérale ou double déterminée par l'extension du cancer au basfond de la vessie et par la compression des uretères ; dans ces cas

(1) Thèse de Paris, 1874.

les malades succombent à des accidents urémiques dus à l'oblitération des uretères et non à la cachexie cancéreuse.

L'auteur s'occupe ensuite du traitement, qui est la partie la plus importante de ce travail. Comme Boivin et Dugès, il divise le traitement en préventif, curatif (ou plutôt chirurgical), et palliatif.

La diathèse cancéreuse n'attendant, comme toutes les autres diathèses, qu'une cause occasionnelle pour donner lieu à ses manifestations, le traitement prophylactique consistera à éviter tout ce qui pourra congestionner l'utérus et hâter l'évolution du mal ; mais, dès que le mal aura été reconnu, et dans ces cas le toucher donne des renseignements plus précieux que la vue, il faudra avoir recours au traitement curatif, dont les résultats seront d'autant plus satisfaisants que l'on tardera moins à l'appliquer.

Le but du traitement chirurgical ou curatif est d'enlever complètement le tissu malade et de prévenir autant que possible la récidive. « L'indication de ce traitement, dit M. Carrère, est unique, il faut que le mal soit localisé au museau de tanche, ou tout au moins qu'il ne dépasse pas les insertions vaginales, sans quoi l'on s'expose à n'enlever qu'une partie du mal et à ne faire qu'une cure palliative, là où l'on espérait faire une cure radicale. » Si le cancer a envahi le corps de l'utérus, on a bien, il est vrai, proposé l'extirpation complète de la matrice, mais les résultats obtenus sont trop peu encourageants pour qu'une pareille méthode soit à conseiller ; aussi M. Carrère la repousse-t-il complètement.

Reste l'excision du col qui peut être faite, soit par le bistouri, soit par l'écraseur linéaire de Chassaignac, soit par le serre-nœud métallique de M. Maisonneuve, soit encore par l'anse galvanique.

L'amputation du col par le bistouri ou les ciseaux expose la malade à des hémorrhagies redoutables, aussi doit-elle être rejetée comme trop dangereuse. L'instrument tranchant a été remplacé dans les mains de la plupart des chirurgiens par l'écraseur linéaire de M. Chassaignac, mais cet instrument est d'une application difficile au fond du vagin et n'est pas sans de sérieux inconvénients, contre lesquels on ne saurait trop se tenir en garde. C'est à l'anse galvano-caustique que M. Carrère donne la préférence ; c'est de tous les moyens de section du col celui qui lui paraît offrir le plus d'avantages. Cet avis est basé sur plusieurs cas heureusement traités par l'anse galvano-caustique dont les observations, très-intéressantes, sont rapportées en détail.

« Mais à un degré plus avancé, dit M. Carrère, lorsque le cancer a déjà envahi le corps de l'utérus et que, par conséquent, on ne peut plus espérer l'atteindre jusque dans ses racines, on peut encore enrayer sa marche, et c'est ici que les caustiques rendent de grands services, seuls ou unis, dans certains cas, à l'anse galvanique, c'est ce que nous appellerions volontiers le traitement palliatif actif.

Le but que se propose le chirurgien en détruisant le plus qu'il pourra de la tumeur, est de diminuer les chances d'hémorrhagies qui affaiblissent si vite les malades, de modérer l'écoulement parfois énorme qui les épuise, et enfin de retarder les dangers de la résorption des matières septiques, qui hâte les progrès de la cachexie. »

Les caustiques employés sont très-nombreux, mais le choix est loin d'en être indifférent. Celui auquel il donne la préférence est le chlorure de zinc uni à de la farine, de manière à former la pâte de Canquoin.

L'application du chlorure du zinc cause, il est vrai, d'assez vives douleurs qui peuvent se prolonger pendant plusieurs jours, mais il agit aussi comme hémostatique puissant; les vaisseaux, sur lesquels il agit, se crispent et sont oblitérés au delà des limites de l'eschare. M. Carrère publie plusieurs observations prises dans le service de Demarquay, dans lesquelles les bons effets dus à cette médication sont incontestables.

Enfin, et c'est par ces considérations que l'auteur termine son intéressant travail, lorsque le néoplasme aura envahi l'utérus, le praticien devra encore agir; par des injections, soit au permanganate de potasse, soit à l'alcoolature d'eucalyptus, il essayera de débarrasser les malades de cette odeur repoussante, qui est un véritable tourment pour elles et leur entourage; et dans les préparations opiacées, prescrites avec prudence, il trouvera les moyens de diminuer les tortures physiques et morales de ces pauvres malheureuses condamnées à une mort prochaine. Alph. Herrgott.

Du pemphigus aigu des nouveau-nés et de la première enfance, par le Dr Faloy (1). — L'auteur définit le pemphigus aigu des nouveau-nés de la façon suivante : maladie cutanée exanthématique, presque toujours apyrétique et sans gravité, souvent épidémique et quelquefois contagieuse, rarement mortelle, caractérisée par une éruption discrète ou généralisée de vésicules, lesquelles se développent simultanément ou successivement, se remplissant d'un liquide d'abord limpide, puis opaque et donnant naissance à une exfoliation épidermique, à des croûtes impétigineuses et à des ulcérations superficielles, pour se terminer par des macules qui disparaissent peu à peu avec le temps, ou bien enfin pour ne laisser que les traces de la phlegmasie ou de simples solution de continuité de la surface tégumentaire.

Après avoir passé en revue les diverses opinions des auteurs sur l'ensemble des causes du pemphigus, M. Faloy, d'après les obser-

(1) Thèse de Paris, 1875.

vations qu'il a recueillies, est conduit à admettre que ni les cachexies diverses, ni les diathèses, ni la syphilis ne sont les causes ordinaires du pemphigus néo-natorum. Il prétend, au contraire, que la plupart des jeunes enfants atteints de cette éruption, ne présentent aucun de ces symptômes de débilité générale. L'auteur admet que le pemphigus est un exanthème pouvant bien, à la vérité, coïncider avec un état général de l'économie, mais, comme le dit le professeur Hardy, ayant toujours pour caractère principal d'être un accident et non pas une manifestation nécessaire d'un état constitutionnel permanent.

L'état de débilitation que l'en observe parfois chez les enfants atteints de cette maladie serait le résultat de l'exanthème et non la cause de celui-ci.

Le pemphigus se présente sous deux formes assez différentes :

1° Le pemphigus aigu bénin;

2° Le pemphigus aigu malin.

Dans le premier cas, le pemphigus peut être fébrile ou apyrétique, simultané ou successif, partiel ou général, syphilitique ou non syphilitique, prurigineux ou impétigineux.

Dans la seconde forme, le pemphigus est toujours fébrile ; il peut alors être solitaire et ne former dans ce cas qu'une seule et vaste ampoule sur toute la surface du corps; ou généralisé et d'emblée, c'est-à-dire constitué par deux, trois ou quatre ampoules volumineuses, distinctes au début, mais tendant constamment à se réunir.

Le pemphigus aigu est une maladie assez rare et dont les caractères nosologiques sont les mêmes que ceux du pemphigus aigu des adultes.

Quant au pronostic, il varie essentiellement, suivant qu'on a affaire au pemphigus aigu bénin ou au pemphigus aigu malin ; dans le premier cas, la guérison est la règle ; dans le second, au contraire, la mort en est toujours la conséquence.

Quant à l'origine syphilitique de la maladie, elle peut certes se rencontrer ; mais, dans la plupart des cas, cette diathèse ne prendrait aucune part au développement de la maladie, qui, selon l'auteur, aurait pour cause principale la chaleur excessive.

La thèse que nous venons d'analyser brièvement, comprend dix observations, recueillies avec soin ; mais il nous semble que les faits auraient pu être exposés avec plus de méthode. C'est là d'ailleurs une simple critique que l'auteur nous pardonnera, car nous nous plaisons à reconnaître qu'il a fait de cette question, jusqu'à présent peu connue, une étude intéressante et instructive. A. L.

parfaitement que je n'ai pas recours à de semblables moyens, qui, du reste, seraient d'un bien petit effet pour m'attirer la bienveillance de M. le professeur Vulpian, dont j'ai, et je m'en loue, l'honneur d'être l'élève.

Votre tout dévoué, H. CHOUPPE.

Paris, le 2 juillet 1875.

Sur le traitement de la métro-péritonite puerpérale, par le Dr J. MASCAREL, médecin consultant aux eaux thermales du Mont-Dore. — Une femme accouche soit naturellement, soit avec les secours de l'art; vingt-quatre ou trente-six heures après, sous l'influence de causes variées, et quelquefois inconnues, cette femme est prise d'un frisson plus ou moins intense avec fièvre, de douleurs dans l'abdomen, le plus ordinairement dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, avec ballonnement, nausées, parfois vomissement, constipation et surtout suppression plus ou moins complète des lochies. Ces accidents effrayent rapidement et malade et médecins sans oublier les parents de la nouvelle accouchée. Voici alors ce que nous proposons de faire:

1o Suivant l'état du pouls et des forces de la malade ainsi que de son tempérament, appliquer un certain nombre de sangsues sur la surface douloureuse de l'abdomen; si la malade n'est pas en état de supporter une émission sanguine un peu considérable. se borner à appliquer de 1 à 3 sangsues, 4 au plus, à la surface interne des grandes lèvres.

2o Onguent mercuriel double, huile de camomille camphrée et fomentations émollientes sur tout le ventre.

3o Faire prendre de deux heures en deux heures une des pilules suivantes :

Extrait aqueux d'opium.. 30 centigr.

Divisez en 30 pilules, et dans l'intervalle des pilules (la première journée) un des paquets suivants :

Calomélas..........	60 centigr.
Sucre de lait........	4 grammes.

Mêlez et divisez en 12 doses.

Le second jour, remplacer ces paquets par les suivants :

Calomélas..........	20 centigr.
Sucre de lait........	8 grammes.

Mêlez et divisez en 20 prises. De cette manière, la malade prend d'heure en heure, alternativement 1 paquet, alternativement 1 pilule.

4o Matin et soir un lavement entier émollient, eau de lin ou de guimauve, ou de son, ni trop chaud ni trop froid.

5o Aussitôt que ce lavement est rendu, faire prendre matin et soir un quart de lavement ainsi préparé :

Poudre de quinquina jaune...	6 grammes.
Sulfate de quinine............	25 centigr.
Eau mucilagineuse...........	150 grammes.
Laudanum..................	4 gouttes.
Camphre..................	50 centigr.

6° Si les paquets ne sont pas suivis de garde-robes, alors on donne de deux heures en deux heurss deux cuillerées à bouche de la mixture préparée de la manière suivante :

Huile d'amandes douces.......	àâ 20 grammes.
Sirop de guimauve............	
Huile de ricin.............. ...	

Aussitôt que la saturation par les mercuriaux commence à se faire sentir, donner à la malade la potion suivante, 1 cuillerée de deux heures en deux heures :

Infusion de mélisse.......	100 grammes.
Alcoolature d'aconit.......	4 —
Sirop diacode..............	30 —

Les quarts de lavement doivent toujours être continués et aussitôt que les accidents fébriles diminuent, diminuer aussi le dose d'alcoolature d'aconit.

7° De trois heures en trois heures donner à la malade deux cuillerées de bouillon chaud, suivies de deux cuillerées d'eau vineuse (1 cuillerée de bon Bordeaux pour 2 d'eau de Seltz).

Combattre par tous les moyens appropriés les complications qui peuvent se produire pendant le cours de cette redoutable maladie.

Dilatateur vaginal. — M. le D[r] P. Ménière (d'Angers) a présenté à l'Académie (séance du 11 mai) un nouveau dilatateur construit sur ses indications par M. Mariaud.

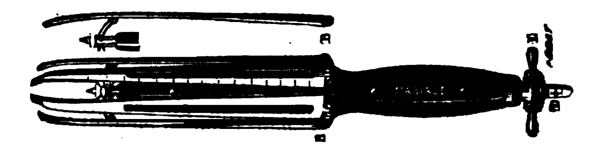
Cet instrument, destiné en principe à la dilatation graduelle du vagin dans certains cas de vaginisme, à combattre les rétrécissements de l'orifice vulvaire accompagnés ou non de rétrécissements vaginaux, à émousser la sensibilité dans l'hyperesthésie vulvaire, pourrait être avantageusement employé pour la dilatation forcée du rectum et dans l'opération de la taille périnéale.

Plusieurs cas de vaginisme, dont M. P. Ménière se propose de publier prochainement les observations, ont cédé à l'emploi de ce dilatateur dont le maniement est facile et qui joint à la simplicité du mécanisme une très-grande puissance que l'on peut appliquer lentement ou graduellement.

Il se compose :

1° D'un manche surmonté de six valves fenêtrées à bords et à pointes mousses, chaque valve est mobile sur une charnière B;

2° D'une tige AD, de l'extrémité de laquelle partent six bras de force qui, tous, s'articulent à la face interne de chaque valve;



3° D'un écrou ou volant E destiné à faire avancer ou reculer la tige AD, et par ce fait écarter ou rapprocher les valves par l'intermédiaire du bras de force.

L'appareil fermé est conique et a 1 centimètre de diamètre à son extrémité. Ouvert, il est cylindrique et a 4 centimètres de diamètre.

Cet instrument comporte deux graduations : l'une, gravée sur les valves, indique la profondeur à laquelle il est introduit ; la seconde, à l'extrémité D de la tige centrale, mesure exactement l'écartement des valves, c'est-à-dire le degré de dilatation obtenue.

Legs Huguier. — M. le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts adresse à l'Académie la lettre suivante (1) :

« Monsieur le Sécrétaire perpétuel,

« J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint, pour être déposé dans les archives de l'Académie de médecine, l'ampliation d'un décret en date du 23 juin courant, qui autorise cette Académie à recevoir la dotation que lui a faite madame veuve Huguier d'un titre de rente 3 pour 100 sur l'État français de 1000 francs au porteur, portant le n° 26,662, avec jouissance des arrérages du 1er janvier 1874. »

M. le Secrétaire perpétuel rappelle à cette occasion à l'Académie les termes dans lesquels est conçue la donation faite par madame Huguier :

« Ce prix sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur ouvrage manuscrit ou imprimé en France *sur les maladies des femmes*, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements).

« Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

« Ce prix ne sera pas partagé.

« Si, dans une période de trois années, aucun ouvrage relatif aux matadies des femmes n'était jugé digne du prix, ce prix serait donné

---

(1) Séance du 29 juin 1875.

l'année suivante à l'auteur du meilleur ouvrage de chirurgie pratique publié pendant la même période. Dans ce cas, la somme de 300 fr. pourrait être partagée en deux prix.

« La première période comprendra les années 1874-1876, et le prix de cette période sera décerné en séance publique de l'Académie à la fin de l'année 1876 ou au commencement de 1877. »

Conséquences de l'anesthésie pendant l'accouchement, par le Dr Z. — L'auteur a observé qu'à la suite de la chloroformisation pendant le travail de l'accouchement les nouveau-nés étaient atteints d'ictère très-intense, il assure avoir constaté la présence du chloroforme dans le placenta et dans l'urine des enfants, et il croit que quelques-uns d'entre eux avaient conservé un certain degré d'anesthésie persistant plus ou moins longtemps après leur naissance.

(*Gazetta medica italiana, provincie Venete* et *Art médical.*)

Prix à décerner en 1876. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante :

« Conseils aux mères et aux nourrices sur la manière de nourrir et d'élever les enfants. »

La Société décernera une médaille d'or, dans la séance de janvier ou février 1876, à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur ce sujet.

Les mémoires écrits en français devront être adressés franco, avant le 1er décembre prochain, à M. le Dr Fonteret, secretaire général de la Société, place des Célestins, 7, à Lyon (Rhône).

Il porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Concours d'agrégation en chirurgie et accouchements. — Voici les sujets de thèse qui ont rapport à la Gynécologie.

Pozzi : De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Chantreuil : Des dispositions du cordon, la procidence exceptée, qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement.

Pinard : Faire connaître les contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule et des moyens qui peuvent remplacer cette manœuvre.

De Soyre : Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement?

Nomination. — Nous sommes heureux d'annoncer la nomination de notre éminent collaborateur M. Burdel, de Vierzon, au titre de membre correspondant de l'Académie de médecine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Accouchement gémellaire ; procidence du cordon ; imperforation de l'urèthre chez un nouveau-né, par Paul FOURNAISE. *Gaz. hôp.*, 18..., p. 426.

Quelques mots sur le nourrissage des enfants à la mamelle, lettre ... Dr BULARD. (*Gaz. méd. de Bordeaux*, n° 16, 1874.)

Des myomes utérins au début, par ULVINIANU. Thèse de Paris, 1874.

Grossesse extra-utérine abdominale ; gastrotomie sous-ombilicale, par Dr HATTUTE. (*Gaz. hôp.*, 1875, p. 412.

Des succédanés du lait de femme dans l'allaitement des enfants, par Dr HENNING. (*Lyon méd.*, n° 19, p. 70.)

Erysipèle généralisé chez les nouveau-nés ; gangrène des bourses : abcès multiples ; guérison complète au bout d'un mois, par le Dr VIN... (de Guéret). (*Gaz. hôp.*, 1874, p. 763.)

Amputation de la portion vaginale du col. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 28, et *Rev. méd. de l'Est*, 1874, p. 546.)

De l'emploi de l'éponge préparée. (*Gesellschaft für Gynækologie Berlin*, 17 mars 1874, et *Revue méd. de l'Est*, 1874, p. 342.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Il bienno clinico 1873-74, nella scuola di ostetricia ansessa all' ospizio provinciale di S. Caturina e diretta dal prof. Domenico Chiara. — Rendiconto storico statisco, per Guiseppe CHIARLEONI. Milan, 1875.

Des propriétés physiologiques du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques, par le Dr Pathault. Delahaye, éditeur. Paris, 1875.

Histoire de la génération chez l'homme et chez la femme, par le Dr David RICHARD. J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Paris, 1875.

Leçons sur les maladies chirurgicales de la femme, par le Dr BERRUT (1re partie : les hôpitaux et la polyclinique). Leclerc, éditeur. Paris, 1875.

Carcinome und Hydrometra des corpus uteri in Verbindung mit linksseitiger verkalkter ovariencyste und mit mehrmaliger achsendrehung des stieles derselben, par le Dr GERHARD LÉOPOLD (Extrait des *Archiv. f. Gynækologie*).

Traité des maladies des femmes, par MM. NONAT et LINAS.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 3.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDES TÉRATOLOGIQUES.

DE LA POLYGNATHIE CHEZ L'HOMME (1)

Par le Dr E. Magitot,
Membre de la Société de chirurgie, etc.

Par le terme de *Polygnathie* (2) on désigne, en tératologie énérale, une monstruosité consistant dans la production d'une iâchoire supplémentaire adhérente et soudée à la mâchoire rincipale.

C'est aux immortels travaux des deux Geoffroy-Saint-Hiiire (3) que sont dus la connaissance et la description de cette nomalie.

(1) Les planches annexées à ce mémoire paraîtront dans un prochain numéro.

(2) πολὺς plusieurs, γνάθος, mâchoire.

(3) Voy. E. Geoffroy Saint-Hilaire, système dentaire des mammifères et des iseaux. Paris, in-8°, 1824, 4e note, p. 56, et considérations zoologiques relaves à un nouveau genre de monstruosités nommé hypognathe. *In Mém.* du iuséum, t. XIII, p. 93, avec planches, et aussi : *Journal de médecine vétéri-*

Etienne Geoffroy décrivit le premier, en 1824, cette monstruosité qu'il lui fut donné d'observer chez un veau ayant vécu sept mois, et Isidore, son fils, s'efforça d'en tracer l'histoire complète. Il lui donna le nom qu'elle porte aujourd'hui, et il rangea les faits de cet ordre, connus de son temps, dans la catégorie des *monstres doubles*.

Nous ne nous arrêterons pas en ce moment à discuter la question de classification de la polygnathie dans les *monstruosités composées*. C'est là un point de doctrine sur lequel nous reviendrons quand nous chercherons à déduire les conséquences qui résultent des faits que nous présentons. Disons seulement que nous repoussons l'interprétation du grand naturaliste, et que, s'il nous fallait classer la polygnathie dans les cadres qu'il a tracés, elle figurerait dans les *monstruosités simples*.

Quoi qu'il en soit, la description de cette famille tératologique comprend, dans l'œuvre d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, plusieurs divisions ou genres qui sont indiqués de la manière suivante :

FAMILLE DES MONSTRES DOUBLES POLYGNATIENS.

1er genre. — ÉPIGNATHE : Mâchoire plus ou moins mal conformée et adhérente au palais.

2e genre. — HYPOGNATHE : Mâchoire supplémentaire, incomplète ou rudimentaire, attachée à la mâchoire inférieure du sujet.

3e genre. — AUGNATHE : Mâchoire inférieure attachée sur un point de la tête du sujet (1).

A ces trois genres, qui sont les seuls décrits dans le livre d'Isidore Geoffroy, sont venus s'ajouter plusieurs autres; ce sont :

Le genre MYOGNATHE, dans lequel l'appendice parasitaire

naire, janvier 1826, p. 5, et février, p. 71, avec une planche. — Isidore Geoffroy Saint-Hilaire : *Anomalies de l'organisation*, 1836, t. III, p. 250. — Sur un nouveau genre de monstres doubles parasitaires de la famille des polygnathiens. Comptes-rendus de l'Académie des sciences, t. XXXII, 1851, 10 février.

(1) Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, *loc. cit.*, t. III, p. 251.

est réuni à la tête du monstre, non plus par le squelette, mais par les parties molles.

Le genre DESMIOGNATHE, assez voisin du précédent, et dans lequel la réunion s'effectue par un pédicule ou un cordon. Isidore Geoffroy en a fait connaître deux cas (1) chez le veau, et un troisième fait appartenant à un taureau élevé au Muséum, fut opéré par M. Goubaux, qui rendit l'animal guéri à la ménagerie (2).

Citons encore les genres *Plesiognathe*, *Paragnathe* et *hypotognathe*, dus à MM. Dareste (3) et Joly (4), et observés chez l'agneau et le chat.

Nous ferons toutefois remarquer que cette série de sous-genres pourrait être utilement simplifiée, car ils ne représentent en définitive que des variations légères de la même monstruosité. La division d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire nous paraît donc mériter seule d'être conservée comme classification fondamentale.

La polygnathie n'a été du reste, depuis cette première description, l'objet d'aucune monographie, et les exemples recueillis ne figurent dans les auteurs qu'à titre de faits isolés qu'il importerait certainement de grouper, afin d'en dégager le véritable caractère, le mécanisme de leur formation, et, s'il y a lieu, les indications pratiques qui peuvent leur être applicables dans certains cas.

Il existe toutefois, dans la science, un certain nombre de travaux traitant des malformations de la face, mais le plus souvent il n'y est pas question de la polygnathie. Ainsi Nicati (5), qui cite des faits de fissure de la lèvre inférieure, anomalie fort rare aussi, n'a pas soupçonné l'existence de la difformité qui nous occupe. Laroche (6), dans une thèse spéciale sur

(1) *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, 1851, t. XXXII, p. 151.

(2) *Comptes-rendus et Mém. de la Soc. de Biologie*, 1857, t. IV, 2e série, p. 279.

(3) *Annales des sciences naturelles*, 1859, 1re série, t. XI, p. 5, et 3e série, t. XVIII, p. 51.

(4) JOLY. *Comptes-rendus de l'Academie des sciences*, 1849, t. XVIII, p. 1,158.

(5) *De leporini labii natura et origine*. Utrecht et Amsterdam 1822.

(6) Thèse de Paris, 1823, p. 52 et 53.

les monstruosités de la face, rapporte seulement aussi des cas de fissures labiales inférieures, sans productions de masses anormales. MM. Colson (1), Bouisson (2) et Demarquay (3), dans des recherches plus récentes sur le bec-de-lièvre et les difformités de la mâchoire et de la lèvre inférieures, ne la mentionnent pas davantage. Nous ne la rencontrons pas non plus dans quelques études sur des monstruosités complexes dues à Belhomme et M. Houel (4).

Nous connaissons toutefois quelques autres exemples de polygnathes empruntés à la littérature étrangère. Il en existe par exemple deux faits très-remarquables observés chez le veau par Bartels (5), et rapportés déjà dans le livre d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire: Les deux têtes ont été disséquées, et on y reconnaît, dans la première, l'existence d'un maxillaire inférieur complet, bien que déformé, pourvu de dents en nombre normal, et dont l'une des branches montantes s'articule dans une cavité glénoïde, voisine de la cavité normale, tandis que l'autre branche répond à la fosse temporale du même côté.

Le second fait est au moins aussi curieux : on y observe l'existence, non-seulement d'un maxillaire inférieur complet, bien qu'également déformé, mais au-dessus de celui-ci se trouve un fragment osseux dont il est assez difficile de préciser la forme, et qui porte des dents en assez grand nombre. Cette masse osseuse paraît être le maxillaire supérieur.

Ces deux faits sont, comme on voit, absolument démonstratifs. Nous ne saurions en dire autant d'autres relations que nous mentionnerons ici à titre de simple renseignement. Tel serait le cas de Wenzel Gruber (6), dans lequel, chez un

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860, p. 644.

(2) *Dictionnaire encyclopéd. des sciences médicales*, t. VIII, p. 641.

(3) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques art. Bec de lièvre*, t. IV, p. 661.

(4) Belhomme. Note sur un monstre hypérencéphale, *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, 1846, t. XXII, p. 66. — Houel. *Comptes-rendus et Mém. de la Société de biologie*, 1857. t. IV, p. 56.

(5) *De janis inversis ac de duplicitate generatim ;* Berolini, 9 décembre 1830, avec deux planches.

(6) *Mémoires de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg*, 1857, 7e série, t. II, n. 2, planche 1.

sujet mort-né atteint d'ectromélie droite, on observait une tumeur volumineuse s'insérant au palais. Tel aussi le cas qu'avait observé le professeur Generali, de Milan, si l'on s'en rapporte aux assertions assez peu explicites de M. Ringuet (1).

Bien plus; des auteurs modernes publiant des recherches sur les difformités de la mâchoire inférieure, ignorent ou nient l'existence de la polygnathie. Ainsi, M. A. Ogston, écrit en juillet 1874, que « les excès de développement semblent exister, quoique très-rarement, dans le maxillaire supérieur; il n'en existe pas d'observations détaillées » (2). M. H. Puech ne la mentionne pas davantage dans ses Essais de statistique tératologique (3).

Disons toutefois que, dans ces derniers temps, il s'est produit en Allemagne un travail considérable ayant pour titre : « Contribution à l'étude des jumeaux » (4). Il est dû à M. le Dr Ahlfeld. L'auteur y rassemble, dans une compilation sans méthode, un assez grand nombre de faits qu'il désigne sous le nom d'*Epignathes*. Quelques-uns paraissent être très-réellement des exemples de polygnathes véritables. D'autres ne sont autre chose que des tumeurs diverses dont l'examen anatomique ne présente aucune exactitude, et qui n'ont d'autre caractère tératologique que leur nature congénitale. On y trouve cependant quelques hypognathes déjà connus depuis longtemps, plusieurs exemples empruntés aux auteurs allemands, et par contre on n'y rencontre pas la plupart des faits publiés en France depuis le commencement de ce siècle.

Ce travail, malgré son étendue, est donc fort incomplet. Il préjuge, en outre, par son titre même et par les considérations auxquelles se livre l'auteur, une question de doctrine qui est loin d'être jugée, et que la science moderne tient à infirmer, celle de la diplogénèse. L'auteur adopte en cela l'opinion d'Isi-

---

(1) *Recueil de médecine vétérinaire*, 1874, janvier, p. 72.

(2) *Ou congenital malformation of the lower jaw; in the glaskow's med. jour.*, 1874, p. 289-314.

(3) *Des anomalies de l'homme et de leur fréquence relative*. Paris, 1871.

(4) *Archiv für gynæcologie*, VI, fasc. 2, — voy. traduct. de M. le Dr Dupuy, *in Annales de Gynécologie*, 1875, t. III, p. 369.

dore Geoffroy Saint-Hilaire, dont il mentionne cependant les travaux avec une certaine irrévérence, ce qui nous donne un nouvel exemple des inconvenances allemandes dans le domaine scientifique.

Quoi qu'il en soit, ce travail contient, parmi une certaine quantité de tumeurs diverses de la face ou de la bouche, deux exemples seulement d'hypognathes réels, l'un emprunté à Rippmann, le second à Gilles (1). Les autres faits sont relatifs soit à des épignathes, ou tumeurs du maxillaire supérieur, avec traces évidentes d'arcades alvéolaires, soit à des débris fœtaux qui ne permettraient pas de révoquer en doute l'existence d'un second embryon. Enfin, un plus grand nombre de cas, dix-huit environ, ne présentaient aucun caractère assez tranché pour qu'on puisse établir leur nature et leur mécanisme. C'est donc sans aucune raison que l'auteur les fait figurer dans un travail sur les *Epignathes*. D'ailleurs, pour ne parler ici que de la polygnathie, si nous réunissons les deux cas cités par Ahlfeld à ceux qui figurent dans les auteurs français, et aux deux cas que nous allons décrire, on arrive au chiffre de *quatorze* hypognathes, dont *quatre* chez l'homme, les autres chez le veau, le mouton et le chat.

Pour nous, et c'est là précisément la raison qui nous a paru autoriser le présent travail sur la *polygnathie chez l'homme*, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer deux cas aussi remarquables par leur précision, que démonstratifs par leur caractère : ces deux cas avaient été d'ailleurs, nous devons le dire, méconnus d'abord par leurs auteurs, plus préoccupés du point de vue clinique que de la question tératologique. Ils sont dus, le premier à un chirurgien distingué d'Amiens, le D[r] Faucon, le second à notre maître et ami le professeur Verneuil, qui a présenté le fait à l'Académie de médecine, au nom de MM. les D[rs] Lafont et Nepveu.

Disons toutefois, que les deux présentateurs se sont empressés de reconnaître avec nous la véritable physionomie des deux faits en question. M. Verneuil nous autorise même à compléter

1) Voy. Ahlfeld. *Loc. cit.*, p. 221 et 227.

ici l'observation qu'il a publiée, et à rectifier dans les recherches pathogéniques certains détails de sa relation. De son côté, M. Faucon a également modifié son interprétation première par une note présentée par lui à la Société de chirurgie (1), et dans une lettre personnelle qu'il a bien voulu tout récemment nous adresser à titre complémentaire.

Nous devons donc à l'extrême obligeance de ces deux auteurs, non-seulement la communication des pièces, mais encore l'autorisation d'en présenter ici la description. C'est l'étude minutieuse de ces deux faits qui nous a conduit ainsi à les déchiffrer, et nous a permis de les classer nosologiquement dans la famille tératologique des polygnathiens. Nous allons donc en tracer l'histoire, et nous en déduirons ensuite les considérations et les réflexions qu'ils nous auront suggérées.

Voici ces deux faits :

Premier fait. — Dans une séance du mois de juin 1868, le Dr Faucon présentait, à la Société de chirurgie de Paris, une petite fille, âgée de 15 mois présentant une difformité congénitale et complexe siégeant à la mâchoire inférieure, à la lèvre, au cou et au sternum. (Voy. Planche I, fig. 1).

Nous ne nous arrêterons pas à donner les détails de cette monstruosité, on les trouvera dans la relation de M. Faucon que nous reproduisons plus loin. Nous ne nous occuperons que de la lésion congénitale que présentait le maxillaire inférieur :

On voyait, en avant de la mâchoire inférieure et tombant sur le cou devant la fourchette sternale, une masse du volume d'un gros œuf de dinde et manifestement adhérente au maxillaire par des parties dures. La tumeur n'était pas mobile et on y reconnaissait au palper une portion osseuse centrale et des parties molles environnantes. Le point d'implantation de la masse était situé à peu près à égale distance de l'angle du maxillaire droit et de la symphyse qui avait conservé sa place normale. En même temps, il existait, à côté de ce point d'implantation, un hiatus constitué par une fissure de la lèvre inférieure et du ma-

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1873, p. 856.

xillaire. Cette fissure comprend toute la hauteur et toute l'épaisseur de l'os.

En présentant le sujet, M. Faucon, dans sa préoccupation de clinicien, désirait consulter la Société de chirurgie sur l'opportunité d'une opération ayant pour but de débarrasser l'enfant de sa difformité et de pratiquer ensuite une restauration autoplastique de la lèvre inférieure.

Cette double opération fut exécutée avec un plein succès au mois de septembre suivant. La petite fille avait alors 18 mois.

Quelque temps après, M. Faucon nous adressait la tumeur en nous faisant l'honneur de nous consulter sur la nature de cette production et sur son mode de développement. La pièce, malheureusement, n'avait point été placée dans un liquide conservateur; elle était desséchée et réduite de moitié de son volume primitif.

Quoi qu'il en soit, l'examen auquel nous nous sommes livré nous conduisit aux résultats suivants :

La masse est fort irrégulière, ovoïde, mamelonnée et inégale: en la plaçant, suivant la position qu'elle affectait avant l'opération, on parvient, non sans de grandes difficultés, à la déchiffrer et à en découvrir la constitution.

Elle offre ainsi à considérer un bord supérieur; un bord inférieur; des faces latérales; une base correspondant à son point de soudure au maxillaire de l'enfant et un sommet, représentant l'extrémité antérieure de la masse (Voy. Pl. I, fig. 2).

Le bord supérieur est composé d'une arcade alvéolaire creusée de cavités recevant des dents : on y voit ainsi d'arrière en avant :

1° Une incisive latérale inférieure à moitié sortie de l'alvéole.

2° Une canine dont le sommet fait saillie de quelques millimètres au dehors;

3° Une première molaire temporaire sortie à peu près complètement;

4° Une grosse molaire temporaire encore incluse dans l'os;

5° Enfin une cavité osseuse évidemment alvéolaire et répondant au follicule de la première molaire permanente.

Il existe donc là bien évidemment une arcade dentaire présentant le développement normal chez un enfant de 18 mois et à laquelle il ne manque, pour être complète, que l'incisive centrale inférieure. Or celle-ci, dont le siége répond précisément au point d'adhérence du pédicule de la masse, a été, selon toute probabilité, emportée dans la surface de section.

Le bord inférieur de la tumeur offre une constitution tout à fait analogue : c'est encore une arcade alvéolaire parfaitement reconnaissable ; toutefois le trait de scie l'a intéressée un peu plus que le bord opposé, et les deux incisives ainsi que la canine temporaires ont disparu.

Mais si ces trois dents de lait ne se trouvent pas en ce point, il n'en est pas moins possible de reconstituer la série dentaire, car les follicules de seconde dentition occupent régulièrement leur siége normal au fond de la gouttière. On aperçoit en effet incluses et encore contenues dans leurs sacs folliculaires :

1° L'incisive centrale permanente ;

2° L'incisive latérale ;

3° La canine.

En avant de ces trois follicules se trouvent ensuite :

4° La première molaire temporaire sortie régulièrement ;

5° La seconde molaire temporaire encore incluse ;

6° Enfin une cavité vide, mais répondant exactement au siége de la première molaire permanente.

Comme on le voit, le bord inférieur de la tumeur, de même que le bord supérieur, représente une arcade dentaire véritable parvenue à un degré d'évolution égal à celui du bord opposé.

Les faces latérales sont fort irrégulières :

La *face droite* présente en arrière vers le point d'implantation, une surface irrégulière perforée de lacunes et de trous communiquant avec le tissu osseux central. Plus en avant, on voit une apophyse tronquée sans caractère défini et qui se perd antérieurement par sa base dans une des cavités kystiques qui occupent le sommet de la masse. L'ensemble de cette face est manifestement convexe et nous serions tenté de la considérer comme résultant de la fusion des faces externes des deux moitiés du maxillaire supplémentaire.

La *face gauche*, de son côté, est plutôt concave, elle est également fort irrégulière, et elle offre aussi des perforations dont quelques-unes répondent aux cavités alvéolaires des follicules de la seconde dentition. Dans sa partie la plus antérieure, elle se perd, de même que la face opposée, avec les kystes multiples de l'extrémité antérieure. Cette surface nous paraît assimilable à la réunion des faces internes des deux moitiés du maxillaire surnuméraire.

La base, centrale, occupée par la surface de section, présente l'aspect d'une branche osseuse composée à son centre de tissu compacte et creusée en haut et en bas des alvéoles qui reçoivent les dents ou les follicules que nous avons indiqués; ce tissu osseux a tout à fait l'aspect que nous connaissons à la substance du maxillaire inférieur, avec un peu plus de compacité et de résistance toutefois.

le *sommet* comprenant l'extrémité opposée à la précédente, présente une constitution anatomique des plus curieuses : Elle est arrondie en masse sphéroïde et la dessiccation des parties molles. en a révélé les particularités profondes; elle est en effet creusée de cavités tapissées par une membrane.

Ces cavités sont très-inégales de dimensions; elles sont en nombre difficile à déterminer exactement, mais nous avons pu y reconnaître huit ou dix loges différentes, bien que plusieurs paraissent avoir communiqué entre elles. La masse multiloculaire a distendu et aminci la région osseuse, de telle sorte que son pourtour est limité par une coque très-faible sur plusieurs endroits, et sur d'autres perforée d'ouvertures plus ou moins vastes. A l'état frais, les tissus mous recouvraient ces hiatus et formaient aux cavités multiples une paroi membraneuse.

Ces cavités doivent être considérées sans nul doute comme des kystes dont le point de départ appartient évidemment aux follicules dentaires. Ce sont les follicules des molaires permanentes qui ont été le lieu d'origine de cette hypertrophie kystique.

L'état de la pièce ne nous a pas permis malheureusement d'interroger la constitution profonde de ces cavités, de leur paroi, de leur contenu, mais malgré cette lacune dans notre examen,

nous ne pensons pas qu'on puisse révoquer en doute l'interprétation que nous donnons ici de leur nature et de leur origine. Certains détails de l'observation qu'on lira plus loin, nous apprennent d'ailleurs que, pendant l'ablation de la tumeur, une de ces cavités s'est ouverte et donna issue à un liquide filant et à des grumeaux blanchâtres. C'est bien là, comme on voit, l'aspect de beaucoup de kystes des machoires.

Quelle conclusion pouvons-nous donner maintenant de ces détails d'organisation?

Cette masse, composée essentiellement de ses deux arcades alvéolaires superposées et de la production kystique, nons représente un maxillaire inférieur complet dont les deux branches horizontales accolées et confondues composent la principale partie de la tumeur, tandis que les branches montantes, également confondues, répondent à la tubérosité antérieure et inférieure, laquelle est creusée des cavités kystiques que nous avons décrites.

Quant à la partie de ce maxillaire surnuméraire qui répond à la symphyse, c'est celle qui était soudée à la moitie droite du maxillaire de l'enfant et qui a été sectionnée pendant l'opération. La symphyse a donc disparu sous l'envahissement du tissu osseux et n'a pas laissé de trace appréciable.

Si nous cherchons à établir le mécanisme de formation d'une pareille masse aux dépens d'un maxillaire inférieur, nous arriverons à l'établir, en admettant que l'os de déformation nouvelle a subi un mouvement de renversement ayant pour centre la portion symphysaire. Il s'est replié sur lui-même ayant cette symphyse pour base et les branches horizontales et verticales se sont ainsi fusionnées.

Cette explication nous paraît mériter toute créance, car si, réciproquement et à titre de contre-épreuve, on fait passer une ligne fictive partageant en son milieu la tumeur depuis son sommet antérieur et inférieur jusqu'au centre de la surface de section, on parvient à reconstituer et à déployer pour ainsi dire, sinon un maxillaire inférieur conformé régulièrement, du moins deux branches horizontales pourvues d'un système dentaire normal, et aux extrémités desquelles on trouve pour

représenter les branches verticales des masses osseuses creusées de follicules.

Ces kystes occupent d'ailleurs la seule situation qui leur soit pathogéniquement appropriée. On a vu, en effet, que les deux arcades alvéolaires contenaient des dents de première dentition et des follicules de seconde dentition, normaux comme siége et comme conformation; mais on sait aussi que c'est au delà des arcades dentaires temporaires, que doivent évoluer les follicules de molaires, dont les rudiments existent dès les premiers temps de la vie. Or, c'est précisément en ce point que se sont développés les kystes multiples. Nul doute dès lors qu'ils n'aient eu pour point de départ les follicules de ces molaires permanentes futures inclus dans cette région.

A cette interprétation tératogénique, que nous donnons de la masse congénitale, observée par M. Faucon, nous ajouterons, pour la compléter, des renseignements touchant l'état de la bouche du sujet avant et après l'opération, les conditions de son appareil dentaire, etc.

L'observation de M. Faucon contient, à cet égard, quelques renseignements dont nous devons tenir compte. Ainsi, nous y trouvons d'abord une remarque due aux parents de l'enfant, qui avaient vu se produire, sur un point de la tumeur, six semaines avant l'opération (l'enfant ayant alors 16 mois et 1/2 environ), deux saillies qui furent reconnues pour des dents. D'autre part, M. Faucon avait observé lui-même, sur la masse, au voisinage de son point d'implantation, deux dents très-manifestement développées et reconnaissables pour une incisive et une molaire.

Enfin, lorsque le chirurgien pratiqua l'ablation de la tumeur, il reconnut que la section avait intéressé à droite, sur la portion du maxillaire restant à l'enfant, un follicule contenant une petite molaire. Cette molaire fut même laissée en place, et il est vraisemblable qu'elle a continué à se développer car, quelques années plus tard, l'enfant ayant alors 5 ans, et étant opéré depuis 3 ans, cette molaire faisait partie de sa dentition. C'est à ce moment, que sur la demande que nous lui adressâmes, M. Faucon voulut bien nous renseigner sur l'état exact du

système dentaire. D'après sa réponse, l'enfant présentait : A droite, deux molaires, une canine et une incisive; à gauche du côté opéré, trois molaires dont une cariée. Ces dents sont d'ailleurs contigues, mais les deux fragments du maxillaire restent séparés par la fissure congénitale qui subsiste béante, malgré les tentatives de restauration de la lèvre inférieure.

Maintenant il s'agit, avec les documents divers qui précèdent et par l'examen de la pièce anatomique, de reconstituer deux maxillaires inférieurs, de manière à prouver le fait tératologique de la *polygnathie.*

Or, on a vu d'une part dans la composition de la masse morbide, deux séries dentaires, sinon complètes, du moins reconstituables. Les seules dents manquantes sont une incisive centrale au bord supérieur, et à l'inférieur les deux incisives et la canine. Mais ces quatre dents occupaient précisément le point d'implantation de la tumeur au maxillaire gauche du sujet, et la section pratiquée en ce point a dû, ainsi que nous l'avons dit, les faire disparaître. L'observation est malheureusement muette sur ce point, par la raison que le chirurgien ignorait à ce moment la véritable nature du cas qui ne s'est révélé que bien plus tard, à l'examen de la masse enlevée.

D'autre part le sujet, après comme avant l'opération, reste pourvu de dents, non point encore il est vrai en nombre normal, mais les pièces qui s'observent à la mâchoire inférieure sont parfaitement démonstratives au point de vue qui nous occupe. Les molaires paraissent figurer régulièrement sur chaque moitié de mâchoire; mais il n'y a d'incisives et de canine que sur un côté, celui qui n'a pas été opéré.

Nous remarquerons tout d'abord que la région incisive est précisément celle qui a été le point d'origine de la production tératologique; aussi n'est-il pas surprenant que l'organisation de cette région ait été plus ou moins profondément troublée. C'est ce qui a lieu aussi bien pour l'arcade dentaire de l'enfant que pour les deux bords alvéolaires qu'on retrouve sur la tumeur. Mais si les incisives et canines se recomposaient difficilement, il n'en est pas de même des molaires qui figurent sans exception sur l'un et l'autre maxillaire. On remarque même

que, bien qu'âgée seulement de 5 ans, l'enfant a déjà d'un côté la première molaire permanente sortie, ce qui porte à 3 au lieu de 2 le nombre des molaires sur ce point.

Si donc nous voulons ne tenir compte que des *molaires*, on reconnait qu'il en existe réellement *quatre* séries parfaitement complètes, ce qui, malgré les troubles d'évolution des incisives, établit péremptoirement l'existence de *quatre* demi-maxillaires inférieurs, soit deux maxillaires entiers. Ces incisives et la canine n'ont d'ailleurs manqué que d'un seul côté : celui qui donnait insertion à la masse.

Ainsi se trouve démontrée l'existence dans le cas de M. Faucon, de deux maxillaires, ce qui constitue rigoureusement et incontestablement la *polygnathie*, ou si l'on veut nous permettre ce néologisme, un cas de *diplognathie*. Quant au genre auquel se rattache ce fait, c'est le genre *hypognathe*.

Ajoutons enfin, pour nous compléter, que dans la masse de formation nouvelle, on n'a rencontré en dehors des éléments dentaires et des kystes multiples de l'extrémité antérieure, aucune autre partie importante à mentionner : Des lambeaux de peau ou de muqueuse recouvrant la tumeur et ayant été peu après la naissance, le siége de quelques phénomènes inflammatoires, phlegmon et abcès avec issue de matières diverses, qui n'ont pas été examinées. On trouvera d'ailleurs tous les renseignements complémentaires dans l'observation de M. Faucon, que nous reproduisons ci-après dans son entier.

Ce qui ressort principalement de cet ensemble, c'est qu'aucun fragment qui puisse se rattacher à des débris de fœtus n'a été rencontré. On verra plus loin, quand nous envisagerons le fait tératogénique au point de vue de sa signification philosophique, les conséquences que nous dégagerons de ces remarques négatives.

(*A suivre.*)

SUR L'AVORTEMENT SPONTANÉ

DANS LES PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE. — VALEUR MÉDICO LÉGALE DE L'INTÉGRITÉ DES MEMBRANES (1).

Par le Dr A. Leblond.

Une question médico-légale importante ayant été soulevée récemment par M. Gallard au sein de la Société de médecine légale, au sujet de l'intégrité des membranes dans les avortements des premiers mois je crois intéressant de rassembler ici quelques faits d'avortement spontané que j'ai eu l'occasion d'observer dans l'espace de quelques mois ou qui m'ont été fournis par d'autres observateurs, pour aider à la solution de cette question délicate.

Mon travail aura surtout pour but de chercher à démontrer que les avortements spontanés des trois premiers mois de la grossesse se font en bloc, c'est-à-dire que l'embryon est expulsé enveloppé de ses membranes intactes. Cette proposition nous semble de la plus haute importance; car, s'il était démontré par des observations ultérieures nombreuses qu'il en est ainsi dans presque tous les cas, le médecin expert chargé de rechercher si un avortement a été provoqué ou s'il s'est produit spontanément, pourrait presque affirmer, lorsqu'il rencontrerait un œuf de un à trois mois dont les membranes sont rompues, que l'avortement a été provoqué.

Les avortements des premiers mois se présentent à notre observation sous deux aspects différents qu'il importe de signaler. Dans un premier cas, les membranes de l'œuf sont exemptes d'altérations, l'embryon est bien conformé et son développement est en rapport avec l'époque de la grossesse; dans ce cas,

---

(1) Une partie de ce travail a été lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 23 janvier 1875.

les membranes exemptes d'altérations pathologiques sont suffisamment résistantes pour ne pas se rompre lorsque l'avortement se produit spontanément; dans un second cas, au contraire, le produit expulsé ne renferme pas d'embryon, ce dernier ayant été résorbé et ayant complètement disparu. Cette résorption survenant lorsque le produit de la conception est mort dans l'utérus depuis un certain temps, le produit expulsé a un aspect tel, qu'il serait presque impossible d'y reconnaître la trace des violences qu'il aurait subies. Le produit ressemble, dans ces cas, à un caillot sanguin, et si l'on ne prend soin de l'examiner attentivement, il passe ordinairement inaperçu au milieu des caillots qui l'accompagnent et l'entourent. Les membranes infiltrées de sang ne se distinguent guère des parties voisines; elles sont peu résistantes et se déchirent facilement. On observe ordinairement à leur surface des lambeaux flottants qui sont des débris de la muqueuse utérine.

Si, dans ces cas, le microscope ne venait à notre aide, il serait bien difficile d'y discerner un produit d'avortement.

L'examen de l'œuf ne peut avoir dès lors aucune importance pour le médecin légiste; aussi, nous nous contenterons, pour le moment, d'examiner les cas dans lesquels l'œuf sain est rendu en entier sans rupture préalable des membranes.

J'ai présenté à la Société de médecine de Paris trois des œufs abortifs dont je vais donner la description. L'un a été recueilli à la fin de l'année passée (observ. I) et a été ouvert en présence de M. Gallard et de M. Longuet, interne des hôpitaux; l'autre a été expulsé au commencement de cette année (observ. II) et ouvert devant la Société de médecine de Paris. Le troisième a été présenté devant la même Société et ouvert quelques jours plus tard par M. Polaillon (observ. III). Le quatrième fait d'expulsion avec intégrité des membranes a été recueilli dans ma clientèle (observ. IV); le cinquième (observ. V) m'a été communiqué par M. Martin, interne des hôpitaux, et observé dans le service de M. Bernutz, à la Charité; le sixième (observ. VI) a été recueilli dans le service de M. Gallard, à la Pitié, dans le mois de février de cette année; le septième (observ. VII) m'a été communiqué par M. Longuet, interne des

hôpitaux ; il a été recueilli par lui dans le service de M. Gallard, suppléé par M. Dujardin-Beaumetz au mois de juillet 1874. Le huitième fait d'expulsion spontanée (observ. VIII) m'est fourni par M. Blondeau qui l'a communiqué tout d'abord à la Société de médecine de Paris, comme venant infirmer la règle que nous cherchons à établir. Mais il a eté reconnu par un examen ultérieur que l'œuf supposé déchiré par M. Blondeau était au contraire parfaitement intact. Le neuvième fait (observ. IX) que nous allons citer nous est fourni par M. Polaillon et se trouve consigné dans le rapport qu'il a fait à la Société de médecine de Paris à propos de quatre des faits d'avortement spontané que nous publions ici ; le dixième (observ. X) m'a été communiqué par M. le Dr Dubuc ; et le onzième (observ. XI) est rapporté par le Dr Mac Swiney, dans *the Obstetrical Journal* du mois de juillet de cette année.

Nous aurions pu, en recherchant dans les auteurs, multiplier le nombre des observations d'avortement spontané avec intégrité des membranes, mais nous aurions fait perdre aux faits que nous présentons une partie de leur valeur, car on aurait pu nous reprocher de n'avoir recueilli que les faits favorables à la thèse que nous soutenons. Les faits que nous présentons sont les seuls qui soient parvenus à notre connaissance depuis peu de mois et depuis que notre attention s'est fixée sur ce point de médecine légale très-important. Nous avons bien à la vérité recueilli trois autres produits d'avortement spontané dans lesquels les membranes étaient infiltrées de sang, irrégulières, déchirées même sur plusieurs points, mais dans ces cas l'embryon avait disparu, résorbé ou n'avait peut-être jamais existé, et les membranes avaient subi des altérations pathologiques manifestes. L'un de ces faits nous a été communiqué par M. Hémey il y a quelques mois ; le second, par M. le Dr Lemoisne, et le troisième nous est personnel.

Ces derniers faits rentrant dans la seconde catégorie des avortements dont nous avons parlé au commencement de ce travail, ils nepouvaient, dès lors, être placés à côté des faits que nous allons énumérer.

Voici ces faits :

Obs. I. — *Avortement spontané à un mois. — Expulsion en bloc du produit de la conception.*

Madame H..., âgée de 24 ans, exerçant la profession de femme de ménage, a été réglée à 11 ans. Elle n'a jamais eu d'enfants. Cette femme, qui a habité Chablis (Côte-d'Or) jusqu'à l'âge de 17 ans, a été bien menstruée dès ses premières époques et jusqu'au moment où elle a quitté son pays pour venir habiter Montmorency, aux environs de Paris. Ses règles se supprimèrent pendant tout le temps qu'elle séjourna en cet endroit, c'est-à-dire pendant un an.

La santé laissait alors considérablement à désirer. Rentrée dans son pays, elle y séjourna deux mois et eut deux époques menstruelles parfaitement régulières. La santé était redevenue bonne.

Au bout de ce temps, elle vient à Paris où elle entre dans une maison bourgeoise en qualité de femme de chambre. Les règles se supprimèrent de nouveau pendant trois époques et lorsque la quatrième survint, madame H... eut une perte abondante.

A dater de ce moment jusqu'à son mariage, qui eut lieu il y a deux ans, la menstruation fut très-irrégulière. Après son mariage, les époques menstruelles revenaient plus régulièrement, mais chaque fois avec un retard de dix à douze jours.

Depuis plusieurs années il existe entre les époques une leucorrhée abondante, et chaque apparition des règles est accompagnée de douleurs vives à la région hypogastrique, surtout pendant le premier jour de l'écoulement sanguin. Les époques durent en général de sept à huit jours.

Le 9 novembre 1874, madame H... vit l'écoulement sanguin survenir après le retard habituel de douze jours ; il dura sans interruption jusqu'au 23, et présenta une abondance inaccoutumée. Je fus appelé ce même jour et lorsque je vis la malade, elle éprouvait depuis environ quatre heures des douleurs vives, vers la région hypogastrique ; les douleurs revenaient d'une façon intermittente et étaient séparées par des moments de calme presque complet.

Le toucher vaginal permettait de reconnaître un col assez volumineux et un peu ramolli. La première phalange de l'indicateur pouvait assez facilement pénétrer jusqu'à l'orifice interne qui était fermé et ne permettait pas au doigt de s'enfoncer plus profondément. Le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale montrait la présence du corps utérin derrière le pubis et une légère augmentation du volume de cet organe.

En présence de ces douleurs intermittentes et des signes fournis par le toucher, je me demandai s'il ne s'agissait pas d'un avortement. Néanmoins je rejetai cette hypothèse, à cause de l'absence de grossesses antérieures et aussi surtout à cause de ce fait que l'apparition

de l'époque menstruelle avait eu lieu après le retard habituel de douze jours. Je crus avoir affaire à une métrorrhagie s'accompagnant de contractions utérines, comme cela s'observe quelquefois quand l'utérus renferme des caillots.

J'avais quitté la malade depuis environ une demi-heure, quand elle rendit par la vulve la membrane que je mets sous les yeux de la Société. Cette membrane une fois expulsée, les coliques diminuèrent graduellement et en même temps aussi la perte sanguine. Quatre à cinq heures plus tard, les douleurs et l'écoulement avaient presque complètement disparu.

Lorsque je vis la malade le lendemain (24 novembre 1874), il n'existait plus qu'un écoulement séro-sanguinolent très-peu abondant.

Madame H... me raconta alors qu'au mois de mars et au mois de juillet de cette année, elle avait rendu des membranes identiques à celle que je présente. Elle ajouta même que deux ou trois fois avant son mariage elle en avait expulsé de semblables, mais les renseignements qu'elle donne à ce sujet sont un peu vagues à cause de la date éloignée de l'expulsion.

A l'auscultation du cœur, on trouve un bruit de souffle très-marqué au premier temps et à la base. Il existe un affaiblissement marqué de la constitution.

La membrane expulsée ne me fut présentée que trente heures environ après l'accident; aussi, la poche qu'elle formait était-elle assez flasque à cause de la diminution du liquide renfermé dans son intérieur, diminution qui était due à cette circonstance que la membrane avait été conservée dans une serviette sèche, mais au dire de la personne, qui était présente au moment où la malade l'avait rejetée, elle formait une poche ovoïde du volume d'un petit œuf de poule.

La membrane conservée dans la glycérine fut présentée le lende main 28 novembre 1874 à M. Gallard et à M. Longuet, qui tous deux furent d'avis que nous avions sous les yeux un produit d'avortement.

La poche placée sous l'eau était hérissée de villosités sur presque toute sa surface, sauf sur l'une des extrémités de l'ovoïde. Sa coloration était blanchâtre, excepté au niveau du point dépourvu de villosités, lequel présentait une teinte rougeâtre.

« Cette poche était parfaitement close, on n'y rencontrait aucune trace de déchirure. » Elle fut ouverte sous l'eau, en faisant à sa surface une incision cruciale. En relevant les bords de l'incision, on découvrait immédiatement un embryon d'environ 2 centimètres de long, de la concavité duquel naissait un pédicule de 8 à 10 millimètres terminé par une vésicule du volume d'un pois et qui n'était autre que la vésicule ombilicale; de cette concavité naissait un second pédicule de 5 à 6 millimètres qui la reliait à la paroi de l'œuf et corres-

pondait à l'extrémité de l'œuf où les villosités présentaient le plus grand développement.

Les suites de cet avortement furent des plus naturelles, madame H... séjourna au lit pendant quinze jours, et trois semaines après cet accident elle pouvait reprendre ses occupations. La malade fut soumise à dater du cinquième jour après l'avortement à un régime tonique et reconstituant, carbonate de fer, vin de quinquina, viandes saignantes.

Le 26 janvier de cette année, j'ai revu madame H... La santé, dit-elle, est bien meilleure qu'avant cet accident. La leucorrhée qui existait autrefois entre les époques a presque disparu, les forces sont revenues, le bruit de souffle au cœur a presque disparu, il y a moins d'essoufflement pendant la marche. Les règles sont survenues un mois après l'accident.

Par le toucher vaginal on trouve le col petit et le corps en légère antéversion. La pression n'y détermine aucune douleur. L'examen au spéculum ne révèle aucune ulcération, l'orifice du col est seulement teinté de sang. Madame H... attend d'ailleurs ses règles (1).

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue: car, outre l'intégrité des membranes, qui doit ici attirer plus spécialement notre attention, nous devons nous demander quelle a été la cause de l'avortement, si les membranes expulsées à des époques variables étaient des produits d'avortement ou bien la muqueuse utérine exfoliée, à quelle époque de la grossesse l'avortement a eu lieu ?

Pour ce qui est de la première question, j'avais tout d'abord pensé que l'avortement devait être mis sur le compte d'une maladie utérine que j'avais supposé être une métrite chronique et qui me semblait évidente d'après les troubles menstruels que nous avons signalés précédemment, la leucorrhée abondante qui existait entre les époques, et les douleurs hypogastriques qui accompagnaient l'éruption des règles. Mais l'examen des organes génitaux, que j'ai pratiqué deux mois plus tard, ne m'a pas permis d'admettre l'existence d'une maladie utérine.

La seule cause qui me semble pouvoir être actuellement invoquée est un état chloro-anémique très-prononcé et qui dure depuis longtemps déjà.

(1) La présentation de cette pièce anatomique a été faite devant la Société anatomique dans le mois de décembre 1874, et devant la Société de médecine légale, dans le mois de janvier 1875.

Quant à une maladie de l'œuf, elle ne peut non plus être invoquée. L'intégrité des membranes, qui est ici parfaitement évidente, permet de répondre négativement.

Il nous reste encore, comme cause possible, les excès de coït; mais Mme H... prétend qu'ils ne peuvent être accusés d'avoir déterminé cet accident.

A quelle époque de la grossese étions-nous arrivés? ou, en d'autres termes, de combien est âgé l'embryon? Ce dernier est âgé, selon nous, de 4 à 5 semaines; nous nous fondons, pour admettre cette proposition, sur les considérations suivantes : 1° La pédiculisation de la vésicule ombilicale qui se fait ordinairement vers la quatrième semaine; 2° la fermeture de la cavité de l'amnios qui a lieu vers la même époque; 3° enfin, sur le temps qui s'est écoulé entre la menstruation et le moment où l'avortement s'est produit. En supposant, en effet, que la conception ait eu lieu immédiatement après la cessation des règles, nous trouvons, jusqu'au moment où l'écoulement sanguin a commencé, un intervalle de trente-cinq à quarante jours. Cet espace de temps représente, selon nous et d'une façon très-exacte, la durée de la gestation.

Quant aux membranes qui, au dire de Mme H..., ont été expulsées à des époques variables, il nous est assez difficile d'en préciser exactement la nature. Au premier abord, et avant que la membrane que j'ai recueillie ait été examinée d'une façon attentive, pour ne laisser aucun doute sur l'existence d'un avortement ovulaire, j'avais pensé, à cause des expulsions multiples qui eurent lieu, à une dysménorrhée membraneuse. Maintenant, au contraire, j'ai lieu de penser que ces membranes, ainsi expulsées à diverses époques, étaient des produits de conception.

Obs. II. — *Avortement spontané à 6 semaines.— Expulsion en bloc du produit de la conception.*

Madame V..., âgée de 23 ans, a été réglée à l'âge de 13 ans. Elle a habité jusqu'au moment de son mariage, qui eut lieu il y a quatre mois, dans un village des environs de Bordeaux. Elle fut bien réglée dès ses premières, époques et l'écoulement sanguin durait de quatre à cinq jours. Il n'y a jamais eu de leucorrhée entre les époques et la santé a toujours été bonne.

Le 28 octobre 1874, madame V... eut son époque comme à l'ordinaire, mais la menstruation ne se produisit pas le mois suivant non plus que celle du mois de décembre. Il y a huit jours (13 janvier 1875) il se produisit un léger écoulement sanguin par la vulve. Cet écoulement, qui ne s'accompagnait d'aucune douleur, n'attira pas l'attention de madame V..., qui continua à se livrer aux soins de son ménage. L'écoulement était d'ailleurs peu abondant, composé plutôt de sérosité sanguinolente que de sang pur.

Hier soir 20 janvier, la malade fut prise de coliques assez vives revenant par accès périodiques et séparées par des moments de calme durant de dix à quinze minutes. Ces douleurs durèrent presque toute la nuit et le lendemain 21 janvier, quand je vis madame V... à onze heures, elles duraient encore. L'écoulement sanguin était assez modéré pour que notre cliente n'ait pas été obligée de se garnir.

Le toucher révélait un col fortement porté en arrière dans la concavité du sacrum et pouvant être atteint, mais difficilement, par le doigt, qui ne percevait aucune dilatation de l'orifice ; le museau de tanche n'était pas sensiblement ramolli, le corps était perçu derrière le pubis fortement en antéversion ; l'autre main appliquée sur l'abdoman permettait de saisir facilement le corps de l'utérus entre ce doigt vaginal et cette main placée sur l'abdomen et de reconnaître que le corps utérin présentait un volume égal à celui d'une petite orange. Ce corps utérin glissait facilement entre cette main et le doigt vaginal (à la façon d'un noyau de cerise pressé entre deux doigts) et se déplaçait à droite ou à gauche.

Traitement. — Séjour au lit, la tête basse. Toutes les deux heures, 4 perles de chloral de Limousin. Toutes les heures un quart de lavement avec 10 gouttes de laudanum. La malade a ainsi pris cinq lavements et 16 perles de chloral.

Je revis la malade le soir à onze heures. Les douleurs, qui avaient cessé dans l'après-midi, ont repris depuis une heure ; elles reviennent périodiquement sont plus intenses et moins espacées que le matin

Le toucher fait reconnaître un col ramolli, présentant son orifice légèrement entr'ouvert et admettant facilement la première phalange de l'indicateur.

L'écoulement sanguin, qui avait presque cessé dans l'après-midi, a repris de nouveau depuis près d'une heure.

Une heure après mon départ, la malade expulse un œuf que l'on me présente ce matin (22 janvier), et qui a été conservé dans une serviette mouillée.

Ce corps, du volume d'un œuf de dinde, présente lorsqu'il est placé sur une table les dimensions suivantes : Petit diamètre, 6 centimètres; grand diamètre, 8 centimètres. La surface externe de l'œuf présente vers une des extrémités de l'ovoïde un certain nombre de villo-

sités placentaires; l'extrémité opposée est lisse et assez transparente pour permettre de voir facilement l'embryon contenu dans l'intérieur des membranes. Les parois de l'œuf, plus épaisses au voisinage des villosités placentaires, vont s'amincissant graduellement à mesure qu'on s'approche du point opposé.

Cet œuf, qui ne présentait aucune solution de continuité, fut placé dans la glycérine et ouvert devant la Société de médecine de Paris le lendemain 23 janvier, en pratiquant une incision suivant son grand diamètre. Dès que les membranes furent ouvertes, on découvrit dans leur intérieur un embryon de 2 centimètres et demi de longueur. La tête constitue à elle seule la moitié de cette longueur, les membres supérieurs ainsi que les inférieurs présentent à leur sommet de très-petits mamelons qui sont les rudiments des doigts. La cavité abdominale est largement ouverte.

Quelle peut bien être la cause de cet avortement? Madame V... nous raconte que dix jours avant l'apparition de l'écoulement sanguin elle a fait un faux pas et qu'en voulant se retenir elle a fait un effort violent, mais elle n'a pas fait de chute.

Deux jours avant le début de la perte sanguine, elle aida une de ses amies à déménager et elle porta des objets assez lourds, ce qui détermina une certaine fatigue et quelques douleurs vers l'hypogastre, lesquelles n'ont été que passagères. De plus elle ajouta que l'écoulement sanguin ne l'avait pas empêchée de se livrer au coït et elle avoua même s'y être adonnée avec une certaine énergie.

Cette personne garda le lit pendant douze jours à la suite de cet avortement. Au bout de ce temps il n'existait plus qu'un écoulement insignifiant par la vulve, et au bout de 18 jours elle était tout à fait remise.

Nous nous abstiendrons de longs commentaires au sujet de cet avortement qui est, pour ainsi dire, classique. Nous ferons remarquer seulement que la cause de l'accident paraît résider dans les fatigues qu'a éprouvées Mme V... et certainement aussi dans les excès de coït qui ont précédé et accompagné l'écoulement de sang. Quant à l'âge de l'embryon, il se déduit facilement de son état de développement, et du temps pendant lequel la menstruation a été supprimée. Nous pensons que ce fœtus pouvait avoir de six à sept semaines tout au plus.

Nous ferons remarquer que le chloral qui a été administré a paru suspendre les contractions de l'utérus pendant plusieurs heures, mais que cet agent n'a pas empêché les contractions de se reproduire.

Notons enfin que les membranes étaient intactes, malgré leur minceur assez grande vers le point opposé au placenta.

OBS. III. — *Avortement spontané à 6 mois et demi de grossesse d'un produit âgé d'environ 3 mois. — Expulsion en bloc du produit de la conception.*

Madame C..., 36 ans, s'est mariée vers le milieu de 1872. D'une santé assez faible, elle était sujette à s'enrhumer presque tous les hivers, et la toux persistait souvent pendant plusieurs mois. La menstruation était ordinairement régulière.

Je vis madame C... pour la première fois au commencement de l'année 1873. Elle était atteinte d'une bronchite qui datait de plus de trois mois. L'auscultation me révéla quelques craquements au sommet du poumon droit. Mais au bout de deux mois je revis la malade et je ne retrouvai pas les signes que j'avais constatés lors de mon premier examen. L'état de la malade était devenu sensiblement meilleur. Les règles s'étaient supprimées depuis deux mois; madame C... éprouvait quelques nausées et quelques vomissements; les seins s'étaient légèrement développés et étaient le siége de picotements. Nous pensâmes donc que nous étions au début d'une grossesse.

Le 18 avril madame C... tomba sur les pieds de la hauteur d'une chaise sur laquelle elle était montée. Elle ressentit le lendemain quelques douleurs hypogastriques et vers la région sacrée, mais il n'y eut aucun écoulement sanguin ; la grossesse était arrivée à trois mois et demi environ. Le séjour au lit fut prescrit ainsi que des lavements laudanisés; le 23 toute crainte d'avortement avait disparu, et la malade reprenait ses occupations quelques jours plus tard.

Je n'entendis plus parler de madame C... jusqu'au 11 juillet 1873. Ce jour je fus appelé, et quand j'arrivai vers neuf heures du matin, madame C... me raconta qu'elle avait éprouvé depuis plusieurs heures des douleurs hypogastriques qui revenaient par accès. Elle me dit qu'elle sentait remuer l'enfant et que les mouvements avaient commencé à être perçus il y a environ deux mois. L'auscultation ne révélait pas les bruits du cœur fœtal. Le toucher vaginal révélait un col utérin un peu ramolli et laissant difficilement pénétrer la pulpe de l'indicateur. La palpation abdominale combinée au toucher vaginal permettait de sentir le corps utérin en antéversion et n'ayant guère plus du volume des deux poings. Ce signe me fit immédiatement rejeter l'idée d'une grossesse arrivée à six mois et demi, comme on devait le supposer d'après le temps qui s'était écoulé depuis la dernière menstruation.

A midi je revis la malade; les douleurs s'étaient interrompues pendant environ une heure, mais avaient repris bientôt avec une in-

tensité plus grande; le col s'était légèrement dilaté et l'introduction de la première phalange de l'indicateur pouvait avoir lieu facilement jusqu'à l'orifice interne. Il existait de plus un léger écoulement sérosanguinolent. A trois heures l'orifice du col s'était largement dilaté, et l'on trouvait dans cet orifice une partie fœtale munie de doigts qui fut facilement reconnue pour être un pied.

Une demi-heure plus tard, les douleurs cessèrent tout à coup, et en pratiquant le toucher je reconnus que le fœtus avait franchi le col utérin en grande partie et était contenu presque en entier dans le vagin. Saisissant alors l'un des pieds avec deux doigts, il me fut facile d'amener au dehors le produit de la conception. L'écoulement sanguin qui accompagna cette expulsion fut très-modéré.

Lorsque j'examinai le produit expulsé je vis que les membranes étaient intactes. Elles étaient très-minces, et les villosités placentaires étaient presque complètement atrophiées. Il y avait à l'intérieur des membranes un très-petite quantité de liquide couleur chocolat. Cette quantité pouvait être de 20 à 30 grammes tout au plus. Le fœtus était petit, ratatiné ; la peau était ridée, l'épiderme s'enlevait facilement et était recouvert de nombreuses concrétions blanchâtres assez consistantes.

Le fœtus mesurait du sommet de la tête à l'extrémité inférieure du siége 13 centimètres. Les organes génitaux externes n'étaient pas assez développés pour permettre de distinguer le sexe.

Les suites de cet accouchement furent des plus simples, et la malade était assez bien rétablie au bout de vingt jours pour pouvoir se transporter aux environs de Paris. Lorsque l'éruption des règles survint après cet accouchement, madame C... eut une métrorrhagie abondante qui l'obligea à garder le lit pendant quatre à cinq jours.

La constitution de madame C... resta toujours assez débile.

L'année suivante il survint une nouvelle grossesse; l'accouchement qui eut lieu à terme (27 juin 1874) fut laborieux et terminé par une application de forceps.

La malade fut atteinte de métro-péritonite et succomba le 13 août, c'est-à-dire près de deux mois après la délivrance. Je ne crois pas devoir rapporter ici l'histoire de cet accouchement. Je me réserve d'en publier plus tard la relation, laquelle présente d'ailleurs un intérêt spécial.

L'observation que nous venons de rapporter nous semble intéressante à plus d'un titre, et nous devons nous poser les questions suivantes :

A quelle époque de la grossesse étions-nous arrivés ?

A quelle époque le fœtus est-il mort ?

Quelle a été la cause de la mort du produit de la conception ?

Depuis le temps qui s'était écoulé après la dernière menstruation, nous devions supposer que nous étions arrivés à six mois ou six mois et demi de grossesse, mais, il fut immédiatement bien évident par le volume que présentait le corps utérin que cet organe ne renfermait pas un fœtus de six mois et demi. Bientôt après, le fœtus expulsé venait confirmer qu'il en était bien ainsi. Le fœtus mesurait, avons-nous dit, 13 centimètres, en admettant qu'il ait perdu un peu de sa longueur par suite de son séjour prolongé dans l'utérus, de 2 à 3 centimètres, nous obtenons ainsi 15 à 16 centimètres. Cette longueur est celle que l'on assigne aux fœtus âgés d'au moins 3 mois. D'où il résulte pour nous, que nous avons devant les yeux un fœtus de 3 mois à 3 mois et demi.

Il est constant, dès lors, que le fœtus était mort depuis un certain temps lorsque son expulsion s'est produite ; nous devons donc nous demander depuis quand cette mort avait eu lieu.

Nous croyons pouvoir faire remonter la mort du produit de la conception à l'époque où la malade eut une menace d'avortement à la suite de la chute qu'elle fit trois mois auparavant. Il est probable qu'à ce moment, il se sera fait quelque décollement des membranes ovulaires, et que cet accident aura déterminé la mort du fœtus par suite du trouble survenu dans la circulation placentaire. Cette chute ayant eu lieu à trois mois et demi de grossesse environ, coïncide d'ailleurs exactement avec l'âge du fœtus que nous avons estimé à trois mois ou trois mois et demi.

Dans ce fait, nous ne tiendrons pas compte des affirmations de Mme. C... qui disait sentir les mouvements de l'enfant peu de temps encore avant l'expulsion du produit de la conception : car, il est évident que le fœtus était à un âge où les mouvements ne sont pas encore perçus. De plus, la mort du fœtus remontant à une époque déjà ancienne, comme l'indiquaient suffisamment les concrétions blanchâtres de nature sébacée accumulées à la surface des téguments, le ratatinement du fœtus, et la diminution du liquide amniotique, les mouvements n'avaient pu, bien évidemment, être perçus dans les quelques heures qui ont précédé l'avortement.

Quant à la cause de l'avortement, elle nous semble résider en entier dans la chute que fit Mme C..., vers trois mois et demi de grossesse et probablement aussi dans le mauvais état de sa constitution.

Bien que le produit de la conception n'ait été expulsé que six mois et demi environ après le moment de la conception, nous n'en devons pas moins ranger ce fait dans les avortements des premiers mois, car nous avons vu que, bien qu'expulsé tardivement, le fœtus n'avait pas plus de 3 mois à 3 mois et demi il rentre donc dans la catégorie d'avortements que nous avons plus spécialement en vue dans ce travail.

Notons encore que, malgré leur minceur considérable, les membranes étaient intactes. Cette minceur était telle que, en pratiquant le toucher, nous n'avions pas supposé un instant que le membre procident à travers le col pût être encore contenu dans l'intérieur des membranes ovulaires.

Obs. IV. — *Avortement spontané à six semaines de grossesse. — Expulsion en bloc du produit de la conception.*

Mme M..., journalière, 172, faubourg Saint-Martin, âgée de 30 ans, a toujours joui d'une excellente constitution. Elle a toujours habité Paris et a été réglée à 12 ans.

Les époques s'établirent régulièrement dès le début. Mariée à 17 ans, elle a eu depuis lors huit grossesses, qui toutes sont parfaitement arrivées à terme. Elle eut son premier enfant à 18 ans et le dernier il y a huit mois. Ce dernier enfant, qu'elle nourrissait elle-même au sein, mourut il y a quatre mois. Après la mort de son enfant, elle eut une époque menstruelle le 2 avril de cette année.

L'époque suivante, celle du mois de mai, manqua, ce qui fit supposer à Mme M... qu'elle pouvait bien être enceinte ; et, sauf quelques étourdissements, lorsqu'elle se baissait, et qui, du reste, n'attirèrent guère son attention, tant ils étaient peu marqués, elle n'éprouva pas d'autres symptômes de grossesse.

7 juin. La malade vint à la consultation du bureau de bienfaisance, se plaignant, durant cinq à six jours, d'un écoulement sanguin assez abondant et de quelques coliques. Je conseillai à la malade de garder le lit et, comme cet écoulement sanguin coïncidait à peu près avec l'époque présumée des règles, la malade supposa que c'était une époque ordinaire, seulement plus abondante que de coutume. La patiente continua à marcher et à s'occuper des soins de son ménage.

Le 11. La malade me fait appeler ; elle a été prise, ce matin, de coliques plus vives, revenant par accès toutes les cinq minutes environ. Elle perdait assez abondamment du sang.

S'étant assise sur son vase de nuit, elle expulsa, vers deux heures de l'après-midi, des caillots assez volumineux, parmi lesquels, en cherchant avec soin, nous découvrîmes, avec grand'peine, l'œuf que je vais décrire et qui, parfaitement intact. a été montré le lendemain à M. Gallard et à M. Emery, interne des hôpitaux.

Le vase dans lequel l'œuf a été reçu contenait des caillots assez nombreux et une certaine quantité d'urine.

L'œuf était entouré de caillots qui lui adhéraient intimement et au milieu desquels il était difficile de le trouver. Nous avons même déchiré les caillots avec les doigts, et des portions membraneuses, probablement des lambeaux de muqueuse, et nous sommes surpris que l'œuf n'ait pas été déchiré pendant les tractions que nous faisions sur les caillots.

Examen du produit expulsé. — L'œuf a la forme d'un cône tronqué à bords arrondis.

La grosse extrémité du cône présente des villosités nombreuses. Les membranes sont rouges extérieurement, mais non épaissies. La petite extrémité du cône, est celle qui correspondait sans doute à l'ouverture du col. Voici maintenant les dimensions de l'œuf :

Grosse extrémité....	2 cent. 1/2
Petite extrémité.....	2 —
Grand diamètre.....	4 — 1/2

Cet œuf fut présenté, quelques semaines plus tard, à la Société de médecine de Paris (séance du 10 juillet) et remis ensuite à M Polaillon, qui constata l'intégrité parfaite des membranes à l'intérieur desquelles se trouvait un embryon qui paraissait âgé d'environ six semaines.

Nous ferons remarquer à propos de cas qui est pour ainsi classique, la difficulté avec laquelle nous avons retrouvé l'œuf au milieu des caillots qui l'entouraient. Cette remarque a son importance, car il se peut faire qu'un œuf rendu intact soit ainsi déchiré par les manœuvres que l'on fait pour le découvrir.

Obs. V. — *Avortement spontané à deux mois. — Expulsion en bloc du produit de la conception* (1).

Madame A... (Amélie), âgée de 29 ans, exerçant la profession de couturière, est entrée le 8 mai 1874 dans le service de M. le Dr Bernutz, à l'hôpital de la Charité.

(1) Cette observation a été recueillie par M. Martin, interne des hôpitaux dans le service de M. le Dr Bernutz.

La malade est hystérique depuis plusieurs années; elle a eu à diverses reprises des attaques de nerfs bien caractérisées avec sensation de boule, convulsions, etc.

Elle est accouchée une première fois à l'âge de 19 ans; l'accouchement a été normal et les suites de couches très-régulières.

La malade fait remonter l'époque de sa dernière conception au 5 avril de cette année. Les règles ont été supprimées en avril et en mai. Vers le 20 mai, sans causes appréciables, elle a eu des frissons et de la fièvre qui ont duré pendant huit jours.

Le 4 juin, étant bien remise, elle fut effrayée par une voiture. Elle fit alors une chute sur le bas-ventre. Rentrée chez elle, elle ressentit des douleurs vives dans l'hypogastre et perdit un peu de sang. Il n'existait pas de vomissements.

La malade se met au lit le 5; les douleurs continuent, elles sont accompagnées de l'expulsion de quelques caillots.

Les 6, 7 et 8, l'écoulement sanguin persiste, et le soir du 8 la malade entre à l'hôpital. Il existe des douleurs assez vives dans l'abdomen, et l'on constate une anémie considérable.

Par le toucher vaginal on perçoit la présence dans le vagin du produit de la conception. Ce produit est situé en partie dans le vagin, en partie dans la cavité du col. L'extraction ne présente aucune difficulté et n'est suivie d'aucune hémorrhagie.

Le produit très-altéré et putréfié se compose du placenta dans son entier et des membranes. Ces dernières ne sont pas rompues. Le tout présente une circonférence ovalaire, une forme légèrement aplatie et un volume inférieur à celui du poing. L'embryon fait corps avec le reste de la tumeur placentaire et lui adhère intimement. Ce fait a été recueilli par M. Martin en présence de M. Ory, interne des hôpitaux.

9 juin L'hémorrhagie est presque arrêtée. Quelques douleurs existent dans les reins et à l'hypogastre du côté droit.

Quatre jours plus tard, les lochies ont cessé de couler et dix jours après, le 19 juin, la malade quittait l'hôpital ne ressentant plus aucune douleur.

Le col et le corps de l'utérus ont repris leur volume à peu près normal.

Malgré les détails peu nombreux contenus dans cette observation, nous n'en devons pas moins relever ce fait que les membranes n'étaient pas rompues, malgré leur état de putréfaction très-avancée.

La conception ayant eu lieu, au dire de la malade, vers le 5 avril, et l'expulsion du produit s'étant faite le 8 juin, la grossesse était donc arrivée à 2 mois.

Quant à la cause de l'avortement, elle nous parait évidemment devoir être attribuée à la chute que fit la malade, et qui fut suivie, dès le lendemain, d'un certain écoulement de sang

Obs. VI. — *Avortement spontané à deux mois. Expulsion en bloc du produit de la conception*

Madame Bal..., âgé de 32 ans, exerçant la profession de corsetière, est entrée le 20 février 1875, dans le service de M. Gallard, à la Pitié. Cette, femme qui habite Paris depuis l'âge de 5 ans, a été réglée à 13 ans. La menstruation n'a jamais été bien régulière, elle était sujette à des retards, l'écoulement sanguin durait habituellement huit à dix jours et était abondant. Entre les époques il existait de la leucorrhée, depuis plusieurs années. Cette femme, qui est petite et frêle, n'a pas eu de maladies graves, mais elle ne jouit pas cependant d'une santé robuste. Elle dit avoir été soignée pendant trois mois, il y a dix ans, pour une maladie de matrice.

Les téguments sont peu colorés, et sa physionomie exprime une certaine souffrance. Depuis plusieurs années, elle est sujette à des troubles anémiques qui ont nécessité à plusieurs reprises l'usage des préparations ferrugineuses, du vin de quinquina et de l'huile de foie de morue. D'après elle, cet état d'anémie se serait produit à la suite d'une perte abondante ayant duré six semaines, qui survint il y a six ans. Depuis lors, dit-elle, elle était sujette à des battements de cœur, des étourdissements, de la dyspnée.

Depuis son mariage qui eut lieu à l'âge de 19 ans, elle eut cinq accouchements, dont quatre à terme et un à sept mois. Ses accouchements furent réguliers. Au mois d'août 1874, elle fit une fausse couche de deux mois, sans cause connue.

Le 17 décembre 1874, elle eut son époque comme à l'ordinaire, mais l'époque du mois de janvier manqua.

Le 14 février 1875, sans cause connue, elle commença à perdre par la vulve un peu de sang et à éprouver quelques coliques. Elle continua néanmoins à travailler jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital. Les douleurs et l'écoulement sanguin durèrent jusqu'au 20 février, jour où elles augmentèrent notablement, ce qui la détermina à se faire transporter à la Pitié sur un brancard. Mais dans le trajet de chez elle à la Pitié, elle expulsa le produit que nous avons pu examiner quelques jours plus tard, le 24 février 1875.

La malade nous a raconté que dans les premiers jours qui ont suivi la conception, elle eut une diarrhée assez abondante qui dura plusieurs jours. Cette diarrhée, qui s'était produite déjà à toutes les grossesses précédentes, lui avait permis de penser qu'elle était de nouveau enceinte.

La malade tousse depuis trois semaines, elle n'a jamais eu d'hémoptysies, et l'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal.

L'auscultation du cœur permet de constater un souffle doux au premier temps et à la base.

Ordinairement, les garde-robes sont rares, assez souvent la défécation ne se produit que tous les quatre ou cinq jours.

Elle n'a point fait de chute, n'a pas abusé du coït. Elle nous dit avoir éprouvé une violente colère, seulement, elle nous fait remarquer que l'écoulement sanguin avait déjà commencé depuis deux jours.

La malade séjourna pendant plusieurs semaines dans le service de M. Gallard, où elle fut soumise aux préparations de fer et de quinquina. Puis elle quitta l'hôpital dans un état de santé relativement satisfaisant.

Examen du produit expulsé. — Les membranes sont intactes. Elles ont été ouvertes par M. Gallard devant M. Longuet et devant moi. L'œuf présente six centimètres de long sur quatre de large, la surface externe de l'œuf est lisse dans presque toute son étendue, sauf au niveau d'une des extrémités où se rencontrent les villosités placentaires. Les membranes sont légèrement teintées de sang.

Cet œuf ayant séjourné dans des linges secs pendant quelques heures, s'était un peu ratatiné, d'où il résulte que ses dimensions devaient être un peu plus considérables que celles que nous venons d'indiquer.

Cet œuf fut ouvert sous l'eau en pratiquant une incision suivant son grand diamètre. L'incision une fois faite, nous découvrîmes un embryon qui ne présentait pas tout à fait trois centimètres, la cavité abdominale était tout à fait fermée ; la tête égalait la moitié de la longueur de l'embryon.

Le cordon ombilical avait trois centimètres et demi de longueur.

A la base du cordon et à son insertion ombilicale, on voit par transparence une partie plus blanche qui est sans doute une anse intestinale.

Les membres sont pourvus de petits appendices mamelonnés qui représentent les doigts ; le cordon s'insère à un millimètre au-dessus du pubis, l'extrémité inférieure de l'embryon présente un petit appendice d'un peu plus d'un millimètre et qui est le rudiment du clitoris ou de la verge.

Sur la tête on apercevait distinctement les deux yeux sous forme de points noirs. Le pavillon de l'oreille se présentait dans un état tout à fait rudimentaire, il se dessinait de chaque côté de la tête sous forme d'une ligne blanchâtre, mais ne faisait qu'une saillie à peine visible à la surface des tissus.

Relevons, dans ce cas, le fait de l'intégrité absolue des membranes dans un cas d'avortement manifestement spontané.

Quant à la cause qui a pu le déterminer, elle nous semble résider très-vraisemblablement dans l'état chloro-anémique très-marqué de la malade.

OBS. VII. — *Avortement spontané à trois semaines. — Expulsion de l'œuf avec intégrité des membranes.*

Observation communiquée par M. Maurice LONGUET, interne des hôpitaux.

Le 23 juillet 1874, entrait à la Pitié, dans le service de M. Gallard, alors suppléé par M. Dujardin-Beaumetz, une jeune fille de 19 ans, qui perdait du sang en abondance.

Réglée à 16 ans pour la première fois; la menstruation a toujours été régulière depuis cette époque. Pas de maladies antécédentes, à l'exception d'un érysipèle de la face d'intensité fort légère.

Au moins d'avril 1874, les règles furent moins abondantes : au mois de mai (le 3), douleurs abdominales et malaise géneral au moment où l'écoulement menstruel allait avoir lieu; puis, le 5 mai, métrorrhagie violente, avec issue de caillots volumineux, douleurs atroces, délire. La malade entre alors dans le service de M. Lorain, qui diagnostiqua un avortement. Au bout d'un mois, la guérison était complète et la malade quittait l'hôpital.

Le 9 juin, les règles sont revenues comme d'habitude; elles ont duré trois jours.

Le 6 juillet, le sang parut et s'écoula en quantité peu considérable, mais l'écoulement persista et fut continu jusqu'au 20 juillet. La perte était exclusivement liquide, sans caillots; elle ne se compliquait point de douleurs abdominales ni lombaires. Mais le 20, une véritable hémorrhagie se déclara, des douleurs abdominales et lombaires violentes éclatèrent, et la malade dut s'aliter.

Cet état persista sans changement les 21 et 22.

Le 23, la malade vint à l'hôpital, M. Beaumetz pratiqua le toucher vaginal, reconnut que le col utérin était dilaté, qu'un corps mollasse était engagé entre ses lèvres, et s'appuyant sur les douleurs et la perte, diagnostiqua un avortement.

Dans la soirée, un gros caillot fut expulsé et conservé pour être examiné le lendemain.

L'examen pratiqué démontra qu'au centre du caillot existait un petit œuf complet, gros comme une noisette, gélatineux, transparent, contenant un embryon long de 11 millimètres; le placenta n'était pas formé. Ce produit rendu tout entier pouvait avoir 3 à 4 semaines, pas davantage (1).

Le 4 août, la malade quittait l'hôpital parfaitement guérie.

(1) La pièce a été présentée à la Société de médecine légale. Séance du mois d'octobre 1874.

Le fait capital au point de vue qui nous occupe plus spécialement, et que nous devons mettre en relief, est l'intégrité des membranes de l'œuf. Quant à la cause des deux avortements, dont le premier a été observé par M. Lorain, il nous est impossible d'en soupçonner la cause, l'observation ne nous fournissant pas de renseignements à cet égard.

Obs. VIII. — *Avortement spontané de trois à quatre semaines. — Expulsion de l'œuf sans déchirure des membranes* (1).

En 1873, une jeune femme nouvellement mariée, dit M. Polaillon, m'apporta à la consultation du Bureau central, l'œuf que j'ai l'honneur de présenter à la société. Il fut rejeté presque sans douleur pendant une époque menstruelle un peu retardée. Cette jeune femme, qui désirait avoir des enfants, n'aurait certainement rien fait pour provoquer cet avortement. Cet œuf était intact, du volume d'une noix, il contenait un embryon gros comme une fourmi, la vésicule ombilicale paraissait remplir presque toute sa cavité; j'ai supposé que cet embryon avait de trois à quatre semaines.

Ce fait, observé par M. Polaillon, vient, comme les précédents, confirmer le principe que nous cherchons à établir.

Obs. IX. — *Avortement spontané de trois à quatre semaines. — Expulsion de l'œuf sans déchirure des membranes* (2).

Voici le résumé de ce fait :

Une dame après un voyage en chemin de fer, a expulsé spontanément un œuf. M. Blondeau qui avait été appelé auprès de cette dame recueillit dans les linges un produit dont les parois lui parurent déchirées. Aussi M. Blondeau présenta-t-il le fait à la Société de Médecine de Paris, en déclarant que quelquefois, les membranes étaient rompues dans les avortements spontanés. M. Blondeau remit le produit à M. Gallard pour en faire un examen plus approfondi. Cet examen, pratiqué avec soin et sous l'eau, permit de constater que ce que l'on avait pris tout d'abord pour des membranes ovulaires déchirées, n'était autre chose que deux portions de la muqueuse utérine déchirée, et entre ces débris on put constater la présence d'un petit œuf du volume d'une grosse aveline et hérissé de villosités choriales sur

(1) Observation extraite d'un rapport de M. Polaillon à la Société de médecine de Paris. Voy. *Gaz. des hôp.*, 1875, p. 477.

(2) Ce fait a été communiqué par M. Blondeau à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 mars 1875.

toute sa surface. Cet œuf ainsi débarrassé du sang et des membranes qui l'enveloppaient, fut présenté à la Société de médecine légale, dans la séance du mois de mai, et tous les membres de la Société purent constater l'intégrité parfaite de l'enveloppe de l'œuf.

Comme on le voit, ce fait, indiqué par M. Blondeau comme contraire à la doctrine que nous cherchons à faire prévaloir, vient au contraire la confirmer. Bien que les circonstances mêmes de cette expulsion, comme l'a fait remarquer M. Gallard (1) : frottement de la serviette, séjour prolongé dans des linges souillés de sang, aient pu même donner lieu à la déchirure de l'œuf, il n'en fut rien cependant, et l'intégrité des membranes ne fut pas altérée.

Obs. X. — *Avortement spontané à cinq semaines. — Expulsion en bloc du produit de la conception. (Observation communiquée par M. le Dr Dubuc).*

Il s'agissait d'une jeune dame de 22 ans, mariée depuis dix mois seulement, robuste. Lorsque je la vis le 21 décembre 1873, elle me raconta qu'à la suite de son mariage, ses règles avaient déjà été supprimées une première fois pendant trois mois, puis qu'elles avaient reparu après ce délai sans autre inconvénient qu'une perte modérée; le médecin qui la vit alors lui déclara qu'il ne s'agissait pas d'une fausse-couche.

Cette fois-ci (21 décembre 1873), elle était en retard de cinq semaines environ; je la touchai; je trouvai le col très-mou, tourné un peu à gauche, le corps plus volumineux qu'à l'état normal était en antéflexion. Elle éprouvait une sensation de boule, qui de l'estomac remontait jusqu'à la gorge.

Je lui déclarai que je la croyais enceinte et je l'engageai à conserver le repos afin d'éviter une fausse-couche; j'avais, en effet, quelques raisons de croire qu'elle en avait déjà éprouvé une à la suite de la suppression antérieure des règles pendant trois mois.

Mon conseil ne fut pas suivi et à quelque temps de là, elle tomba par terre sur les fesses de la hauteur d'une chaise où elle s'était assise.

Depuis huit jours, son ventre et ses seins présentaient un certain degré de gonflement. Le 4 janvier 1874, je fus demandé auprès d'elle; ses règles, du moins ce qu'elle appelait de ce nom, avaient reparu depuis la veille sans occasionner aucune douleur; elles n'avaient pas

(1) Séance de la Société de médecine de Paris du 10 avril 1875.

revêtu le caractère hémorrhagique ; il n'y avait pas eu de caillots de sang rendus ; seulement il y avait eu expulsion dans la nuit du 3 au 4, d'un corps globuleux qu'on avait soigneusement recueilli, dans lequel il était facile de reconnaître un œuf fécondé et que je demandai a emporter chez moi pour l'examiner tout à loisir. Je l'examinai plongé dans l'eau : il était arrondi, du volume d'une noix environ, d'aspect blanchâtre, sauf en un endroit où il existait une traînée rouge sanguine comme surajoutée (c'était l'embryon).

L'ensemble constituait une poche *hermétiquement close* à surface extérieure villeuse ; la poche ouverte, il en sortit un liquide transparent comme de l'eau, elle était revêtue intérieurement d'un feuillet séreux parfaitement lisse ; examinées au microscope, les villosités se terminaient en cul-de-sac, comme des doigts de gant, et paraissaient remplies de cellules.

Je portai cette production à mon confrère et ami le Dr Cornil qui, dès qu'il l'aperçut, me dit : vous m'apportez là un œuf fécondé de six à sept semaines ; et il m'indiqua les parties constituantes de l'embryon : extrémité céphalique, caudale, etc.

La jeune femme se rétablit très-vite et sans aucun incident, dès le 8 janvier tout écoulement avait cessé.

Depuis lors, elle a pu mener à bien une nouvelle grossesse ; elle est mère d'un enfant de quatre mois très-bien portant.

L'intégrité absolue des membranes est ce que nous devons tout d'abord faire remarquer. Quand à la cause de l'avortement, elle nous paraît devoir être mise sur le compte de la chute que fit cette dame et qui fut suivie bientôt de l'expulsion du produit.

Obs. XI. — *Avortement spontané à huit ou dix semaines. — Expulsion de l'œuf sans déchirure des membranes.*

Le Dr Mac Swiney a rapporté, à la Société obstétricale de Dublin, dans la séance du 10 avril 1875, le cas d'une femme ayant eu précédemment dix enfants et qui, à la suite d'une hémorrhagie abondante, expulsa un œuf d'environ huit à dix semaines.

L'œuf fut rendu en entier, sans déchirure des membranes. M. Mac Swiney fit remarquer que l'expulsion d'un œuf intact est considérée comme une chose rare par ceux qui sont compétents en pareille matière.

L'hémorrhagie fut si abondante que l'auteur put craindre pour les jours de la femme. En pratiquant la coupe des différentes couches de cet œuf, et coupant la caduque et le chorion, et arrivant au voisinage de l'amnios, il remarqua un demi-pouce en épaisseur de sang coagulé infiltré entre la membrane caduque et les villosités du cho-

rion. Il n'y avait pas le moindre doute que ce fût là une apoplexie de la membrane caduque. La poche âmniotique était transparente, pellucide et contenait un embryon parfaitement intact. Ce qui restait de la vésicule ombilicale était compris entre l'amnios et le chorion, et l'on voyait très-bien le cordon qui part de la vésicule ombilicale et qui se rend à l'ombilic du fœtus. (*The obstetrical Journal*, juill. 1875, p. 270.)

Ce fait que nous venons de trouver dans la presse anglaise, et qui est considéré comme rare par les médecins anglais, nous semble au contraire fort commun, comme nous l'avons démontré par les observations qui précèdent.

Les faits que nous venons d'exposer nous permettent de conclure que les avortements des premiers mois de la grossesse se font sans rupture préalable des membranes. Nous n'osons pas dire qu'il en sera ainsi dans tous les cas, mais les faits que nous venons de rapporter nous autorisent à penser que cette expulsion en bloc du produit de la conception est la règle dans les avortements spontanés survenant dans les premiers mois, et que la rupture des membranes est l'exception.

La plupart des auteurs que nous avons consultés au sujet des avortements survenus dans les premiers mois, et dont nous allons rapporter l'opinion, sans admettre que l'avortement se fait toujours en bloc, pensent que l'intégrité des membranes est cependant la règle.

Nous pensons que c'est par induction que les auteurs ont admis la possibilité de cette rupture préalable des membranes, et ce qui nous autorise à admettre cette opinion, c'est que dans la plupart des descriptions qu'ils nous fournissent, nous voyons qu'ils ont manifestement en vue les avortement survenus à une époque assez éloignée déjà du début de la conception.

Voici l'opinion des principaux auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

En premier lieu, nous citerons M. Jacquemier. Cet auteur nous expose de la façon suivante les phénomènes de l'avortement spontané : « *Pendant les deux ou trois premiers mois, dit-il, l'œuf est le plus souvent rendu entier*, si une intervention intempestive pour le dégager ne vient pas rompre les membranes.... Au contraire, l'avortement en deux temps, déjà très-commun dès le

quatrième mois, devient la règle dans le cinquième et le sixième, où l'avortement commence à se rapprocher, par ses phénomènes, de l'accouchement prématuré » (1).

M. Devilliers, dans un article du *Dictionnaire de médecine pratique*, tout en reconnaissant que l'avortement peut se faire en deux temps, admet pourtant que *le plus souvent l'embryon est expulsé, enveloppé de ses membranes, dans les premiers mois de la conception* (2).

M. le Dr Charpentier, dans une brochure qui vient d'être publiée, nous dit : « *Les fausses-couches des premiers mois se font ordinairement en bloc*, tandis qu'à partir du troisième mois, elles se font ordinairement en deux temps ; le fœtus est expulsé le premier, puis ensuite le placenta (3). »

Telle est encore l'opinion de M. Polaillon, bien qu'il y mette cependant quelques restrictions. « J'admets, dit-il, que la sortie d'un œuf intact est une raison considérable pour conclure que l'avortement a été spontané. Mais il ajoute : « Je ne saurais admettre avec autant d'assurance que l'expulsion d'un œuf, dont les membranes sont déchirées ou perforées, est le résultat d'un avortement provoqué. J'ai soigné une dame enceinte de deux mois, qui, sans cause connue, pendant qu'elle était à la promenade, eut une perte de sang ; elle expulsa plusieurs caillots pendant le trajet qu'elle fit pour rentrer chez elle, se mit au lit, et deux jours après je pus extraire de la cavité du col où elles étaient engagées, les membranes très-vasculaires qui forment à cette époque les annexes de l'embryon (4). »

Cet exemple, cité par M. Polaillon, ne nous semble pas absolument concluant, car il ne nous dit pas si ces membranes avaient subi quelque altération, si elles présentaient des villosités choriales, de quelle nature était leur contenu, s'il existait des traces du cordon ombilical. Ces renseignements eussent été cependant importants à connaître, car, ainsi que nous l'a-

(1) Jacquemier. *Dict. encycl. des sciences méd.*, t. V, p. 555, art. *Avortement.*

(2) Devilliers. *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Avortement* p. 316.

(3) Charpentier. *Leçons sur les hémorrhagies puerpérales.* Paris, 1874, p. 16.

(4) Extrait d'un rapport de M. Polaillon à la société de médecine de Paris. Voy. *Gaz. des hôp.* 1875, p. 477.

vons annoncé au début de notre travail, il est une classe d'avortements où l'altération des membranes donne lieu presque toujours la rupture de celles-ci.

De plus, il nous dit qu'il a extrait de la cavité du col, les membranes très-vasculaires qui forment les annexes de l'embryon. Ne se peut-il pas faire que la rupture ait été justement occasionnée par cette manœuvre?

Cette intégrité des membranes, dans les avortements des premiers mois, est encore admise par la plupart des auteurs qui se sont occupés de médecine légale ; MM. Briand et Chaudé, Tardieu et Legand du Saulle, recommandent au médecin chargé d'une expertise médico-légale, de rechercher si les membranes ne présentent pas de solution de continuité, car ils admettent que lorsqu'il y a une perforation des membranes, il y a de fortes présomptions pour admettre que la perforation est due à l'introduction d'une tige dans la cavité de l'utérus. Dans un travail publié récemment dans les *Annales de gynécologie*, par notre excellent maître le Dr Gallard, cette perforation des membranes lui a presque permis d'affirmer qu'un avortement qu'il avait eu l'occasion d'observer avait été provoqué et résultait de l'introduction d'une tige rigide dans la cavité de l'utérus (1).

Nous avons dit en commençant cet article que les avortements se présentaient sous deux aspects différents. Dans un premier cas, les membranes de l'œuf sont exemptes d'altérations; dans un second cas, au contraire, elles sont infiltrées de sang et friables.

Dans le premier cas, le développement de l'embryon est en rapport avec l'époque de la grossesse; dans le second, l'embryon a disparu; il n'en reste pas de trace. Cette division nous paraît être très-importante; car, supposons que le médecin légiste se trouve en face de membranes perforées, mais saines, que l'embryon soit retrouvé ou non, nous croyons qu'il doit en conclure, non pas nécessairement, mais très-probablement qu'il y a eu avortement provoqué; se trouve-t-il au contraire en face de membranes altérées, déchiquetées, comme

(1) T. Gallard. *Sur la valeur de certains signes qui peuvent permettre de reconnaître un avortement criminel*, *Annales de gynécologie*, t. II, p. 245.

dans la seconde catégorie d'avortements que nous avons signalée, il ne pourra rien conclure de l'examen du produit.

Sans vouloir affirmer que l'intégrité des membranes se rencontrera dans tous les cas, où elles sont exemptes d'altérations nous admettrons cependant qu'elle est la règle, et que toute perforation de l'œuf doit porter immédiatement, à supposer des manœuvres criminelles.

Cette question est d'ailleurs à l'étude et doit faire l'objet d'un rapport à la société de médecine légale.

La commission qui a été nommée à cette occasion et qui se compose de MM. Devilliers, Charpentier, Liouville et Hemey viendra, nous en sommes convaincus, confirmer la réalité de ce fait.

Nous venons d'admettre que l'intégrité des membranes, dans les avortements des premiers mois, nous semble devoir faire éloigner l'idée que l'avortement a pu être provoqué ; nous ne devons pas cependant admettre cette opinion sans réserves, car il se peut faire que l'avortement ait été provoqué par des manœuvres criminelles, et que l'on rencontre cependant l'intégrité des membranes de l'œuf. Il existe, en effet, des moyens de provoquer l'avortement qui ne produisent pas la rupture de ces membranes. L'introduction d'une cône d'éponge préparée dans le col, l'usage des douches d'eau chaude sur le col, l'emploi de l'électricité, peuvent, sans intéresser les membranes, déterminer les contractions de la matrice et produire l'expulsion de l'œuf. On conçoit que le médecin expert devra dès lors rechercher, dans les diverses circonstances qui ont accompagné le rejet de l'œuf, les éléments de son appréciation et non pas seulement dans l'examen du produit expulsé.

Conclusions. — En résumé, voici ce que nous croyons pouvoir conclure des faits que nous avons précédemment étudiés.

1° Lorsque l'avortement se fait en bloc, c'est-à-dire l'embryon étant contenu dans des membranes saines, exemptes de solution de continuité, il est très-probable que l'avortement est spontané, à moins cependant que l'avortement n'ait éte provoqué par des agents qui déterminent l'expulsion de l'œuf sans en intéresser les parois.

2° Lorsque les membranes sont rompues, mais lorsqu'elles sont saines, on doit en conclure que très-probablement l'avortement a été provoqué.

3° Lorsque les membranes présentent les altérations pathologiques que nous avons signalées au début de cet article, le medecin légiste ne peut rien conclure de l'examen du produit expulsé. Il doit se souvenir néanmoins que l'avortement résulte probablement alors d'une maladie de l'œuf, et qu'il a dû se produire spontanément.

DES ATRÉSIES COMPLEXES DES VOIES GÉNITALES DE LA FEMME OU DE L'HÉMATOMÈTRE UNILATÉRAL.

Par le Dr Albert Puech (de Nîmes)

(4e et dernier Article) (1).

VI.

On ne saurait donc compter sur les seuls efforts de la nature pour amener une heureuse terminaison, et, en présence des dangers dont le cours de l'hématomètre est semé, en présence des douleurs qui vont grandissant à chaque époque cataméniale, le parti le plus sage est d'intervenir le plus tôt possible. La théorie l'indique, et la pratique confirme ce précepte. Plus rares auront été les menstruations antérieures, moindre sera la quantité du retentum, et, concurremment, moins la corne de l'utérus aura été distendue, plus son mouvement d'évolution régressive sera naturel. D'autre part, le passage du sang de la corne dans la trompe qui charge de trois décès la statistique des opérations et la périmétrite qui peut être la conséquence d'une distension exagérée seront prévenues en intervenant peu après le début des accidents. Enfin, dans quelque état que se trouve la patiente, il faut avoir soin de n'intervenir que pendant la période intercalaire; les sept à huit jours qui suivent la fin de la crise menstruelle sont les plus favorables et ceux qu'il convient de choisir.

Le traitement essentiellement chirurgical comporte deux indications capitales : 1° Donner issue au sang retenu derrière

---

1) Voir les numéros de mai, p. 392, de juin, p. 429, et de juillet, p. 34.

l'obstacle ; 2° maintenir la liberté de cette issue. Divers moyens s'offrent pour les remplir, mais avant de faire connaître ceux qui doivent être adoptés, il faut au préalable faire l'inventaire de ceux qui ont été mis à contribution. Pour en faciliter la lecture et simplifier ce dépouillement, nous n'avons trouvé rien de mieux que de grouper sous forme de tableau les observations dans lesquelles le chirurgien est intervenu.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	OPÉRATION	RÉSULTATS DÉFINITIFS
Beronius. Preuss. med. Zeit., 1862, n. 33, p. 259.	Incision ; écoul. de sang soit liquide, soit coagulé.	Mort (obs. X.)
C. Braun. Wien. med. Wochenschrift, 1861, 28-35, 6 obs.	Ponction; 2 liv. de sang couleur choc.; ultér. incision.	Guérison.
K. Braun-Fernwald. Wien. med. Woch, 12 septembre 1874.	Ponction à travers la cloison, la tumeur étant une cause de dystocie.	id.
Braun. Berlin. Klin. Woch., 9 et 16 mars 1874.	Opération; mariage; à la suite d'un avortement, formation de pus à l'intérieur ; nouvelle opér. par Spiegelberg.	id. (obs XII).
Breisky. Archiv. f. Gynæk, t. II, p. 84.	A la suite d'une perforation spontanée soulagement, puis formation du pus, 3 opérations successives.	id.
Id. Correspondenzbl. f. Schweizer. Aerzte, 1871, p. 100.	A la suite d'une perforation spontanée, formation de pus, incis. longit. du vagin imperforé.	id.
Breslau. Schweiz. Zeitschr. f. Heilk., 1863, p. 303.	Ponction avec trocart.	id
Id. p. 310.	Pas de détails.	id.
Churchill. The Lancet, 1er nov. 1865, p. 536.	Id. du méat uterin.	Résultat ignoré.
Credé. Mon. fur Geburtsk., 1857, t. IX, p. 7.	Ponction avec la sonde utérine faite sans le savoir.	Guérison.
Decès. Bull. de la Soc. anat., 1854, p. 222.	Ponction avec le trocart explorateur.	Mort par ruptur. de la trompe.
Freund Beitr. z. Geb. u. Gynæk., t. II, p. 26.	Incision longitudinale ; ultérieurement excision.	Guérison.
Id. id. p. 31.	Id.	Id. (obs. V)
Hégar. Mon. f. Geburtsk., t. XVII, p. 418.	Ponction avec trocart et immédiatement incision.	id.
Hertzfelder. Oesterr. Zeit. f. prakt. Heilk. 26 déc. 1856.	Ponction avec trocart.	id. (obs. IX).
*Holst. Beitræge z. Gynæk. u. Geburtsk, 1865, p. 63.	Ponction avec trocart.	Mort (obs. VII) péritonite.
Jaquet. Berl. Klin. Woch., 1874, n. 9.	Id.	Guerison.
*Jones. British med. Journ. 22 July 1865, p. 54 avec une planche.	Ponction et immédiatement incision.	Mort (obs. I).
Le Roy. Journ d. conn. méd. chir. 1835, t. II, p. 181.	Id.	Mort par périt.
Neugebauer. Arch. f. Gynæk., t. II, p. 247 avec deux dessins.	Ponction avec bistouri, puis sur une sonde cannelée incision à droite et à gauche.	id. (obs. XI).
Id. id., t. II, p. 255.	Ponction avec sonde utérine.	id.
*Nicolaysen. Nordiskt med. Arkiv., t. VI, 1 partie.	Ponction et aspiration du contenu.	id.
Olshausen. Arch. f. Gynæk., t. I, p. 41.	Ponction avec trocart répétée trois fois.	Guérison (obs. VI)
Passauer. Berlin. Klin. Woch., 1867, n. 26, p. 276.	Incision répétée trois fois à cause de récidive.	Id.
Schrœder. Id. 1866, n. 38.	Excision d'un morceau de la paroi.	id.
Simon. Mon. f. Geburtsk, 1864, t. XXIV, p. 292.	Incision, rétrécissement de l'ouverture.	id. (obs. IV).
Veit. Frauenkrank., 2e Edit., p. 537.	Id.	id.
*Weber. Gaz. méd. de Strasbourg, 1849, p. 187.	Caustique, puis incision.	id. (obs. III).

N. Les noms précédés d'un astérique indiquent une atrésie ayant pour siége le méat utérin.

Ce résumé succinct est assurément des plus instructifs, mais s'il montre la variété des procédés suivis, il laisse dans l'ombre l'appréciation de leur valeur réelle : en conséquence, il doit être complété à ce point de vue.

Le mode opératoire adopté par Weber (obs. 3) est sans contredit le plus défectueux ; il s'explique par l'incertitude du diagnostic ; il a été dans l'espèce un simple palliatif qui n'est pas sans inconvénient pour l'avenir. En effet, les adhérences établies entre la corne distendue et la paroi abdominale, peuvent empêcher le mouvement d'évolution régressive.

L'attaque directe de la tumeur par le vagin est, à tous égards, préférable et doit être exclusivement choisie, car elle seule peut amener la guérison définitive. Elle a été adoptée par tous les autres opérateurs ; mais à cette fin ils ont mis à contribution divers instruments qui ne sont pas également bons.

La sonde utérine, qui a été employée deux fois à cette intention, me paraît devoir être absolument rejetée. Dans le plus ancien, dû à Credé, ce fut en explorant la corne utérine restée ouverte, que l'on perfora la cloison et donna issue au liquide sanguin ; dans le plus récent publié par Neugebauer (2 ob.), elle fut, au contraire, l'instrument d'élection, et dirigée brusquement vers l'endroit le plus aminci, elle permit l'écoulement d'un litre de sang noir, théiforme.

Braun-Fernvald, Breslau, Decès, Hertzfelder, Holst, Olshausen ont employé le trocart, soit explorateur, soit ordinaire, soit droit, soit coudé. Sans en blâmer l'emploi d'une façon absolue, je trouve du moins cet instrument insuffisant pour amener le résultat désiré, c'est-à-dire la permanence de l'ouverture créée. Parfois même, il est insuffisant pour amener l'évacuation complète du liquide collecté. Ainsi Olshausen (obs. 6) dut y revenir à trois fois. Dans le cas de Nicolaysen, relatif à une fille souffrant depuis trois années, la ponction fut suivie de l'aspiration du liquide collecté. Cette application nouvelle de la méthode de Dieulafoy n'a pas eu le résultat qu'il était permis d'en espérer : en effet, quatre jours après l'opération, survinrent des symptômes de péritonite, laquelle amena la mort au neuvième jour. Le méat de la corne droite était le siége de l'imper-

foration ; la séreuse offrait des signes d'inflammation *ancienne* et récente ; le rein gauche, plus volumineux que d'ordinaire, renfermait des abcès. Le rein droit manquait, comme dans les cas de Holst (obs. 7) et de Rokitansky (*Zeitschrift d. Gesell. d. Aerzte zu Wien*, 1859, nº 33).

D'autres, après avoir ponctionné avec le trocart, ont ensuite recouru au bistouri. Hegar, Jones (obs. 1), Le Roy, ont incisé immédiatement après, tandis que C. Braun n'a fait l'incision que quelques jours après l'évacuation du contenu.

Beronius, Braus, Breisky, Neugebauer, Passauer et Simon, ont au contraire employé d'emblée le bistouri et incisé plus ou moins largement l'obstacle ; enfin, Schrœder et Freund, après avoir pratiqué une incision longitudinale, ont excisé une partie de la cloison tantôt immédiatement, tantôt après avoir laissé s'écouler un certain laps de temps entre les deux opérations.

Envisagées dans leur ensemble et sans tenir compte du *modus faciendi*, ces diverses opérations ont été suivies dix-huit fois de guérison, et huit fois de mort. Ces résultats, il est à peine besoin de l'ajouter, sont médiocrement satisfaisants ; la mortalité relevée est incontestablement exagérée et contraste avec la simplicité relative de l'opération. Quelque importante que soit en pareille matière la conduite du chirurgien, elle est loin d'être tout et partant avant de condamner tel ou tel procédé, il faut moins s'enquérir du résultat obtenu que tenir un compte exact des conditions dans lesquelles se trouvait le sujet. En d'autres termes, le succès est moins intimement subordonné au mode opératoire qu'à la manière d'être de l'opérée, au moment même de l'intervention.

A raison des lacunes offertes par quelques observations, on n'est pas toujours aussi exactement renseigné sur ce point qu'il eût été désirable de l'être, mais cependant on arrive à démêler les conditions dont l'absence exerce une influence favorable sur le pronostic opératoire en s'appuyant, d'une part, sur les faits dont la relation est complète et, de l'autre, sur ceux appartenant à l'histoire des atrésies simples. Dans mon ouvrage et tout récemment dans les *Annales de Gynécologie* (t. II, p. 204), j'ai insisté trop longuement sur l'excellence des résultats, alors que l'opération

est précoce, pour qu'il y ait lieu d'y revenir ; aussi je me bornerai simplement à dire que, dans cette espèce, l'intervention doit être plus hâtive encore. Les dangers s'accroissent en raison du laps de temps écoulé : plus répétées auront été les règles, plus considérable sera la rétention, plus distendue sera la corne imperforée et par une suite nécessaire, moins le cas sera simple et l'opération incertaine dans ses résultats. En effet, le sang collecté peut alors passer dans la trompe correspondante, ou bien la répétition des crises peut amener une péritonite qui, réveillée par l'opération, peut provoquer un dénouement funeste au moment où tout péril semblait conjuré.

Dans le travail évoqué plus haut, j'ai décrit le mécanisme suivant lequel les *ostia uterina* étaient forcés et les trompes dilatées, mais il m'a été impossible de préciser pourquoi dans tel cas cette complication s'est montrée, alors que dans tel autre, en apparence tout à fait semblable, elle a fait défaut. Assurément l'ancienneté des accidents et la quantité plus considérable du *retentum* ont raison d'être incriminées le plus souvent comme causes de cette complication si fréquemment mortelle ; mais pourtant, on ne saurait le méconnaître, il existe quelques faits qui échappent à cette explication. Peut-être pourrait-on rendre compte de ceux-ci par l'existence antérieure d'une maladie des trompes, d'un catarrhe, par exemple, qui a pour conséquence de dilater la cavité de ces organes, mais cette hypothèse fût-elle exacte et pût-elle être déterminée au préalable, constituerait un argument de plus à faire valoir en faveur de la précocité de l'opération. Du reste, il convient de le rappeler, le passage du sang de l'utérus dans la trompe a pour le moins coûté la vie à trois opérées.

L'inflammation du péritoine qui charge la statistique de cinq décès, n'a pas toujours été la conséquence immédiate de l'opération et dans trois cas au moins on est fondé à admettre l'existence antérieure de celle-ci. Les lésions relevées par Holst et Nicolaysen, les membranes organisées et de date ancienne existant entre la corne et le rectum, entre la vessie et la corne, ne laissent aucun doute à cet égard. Suivant toute probabilité, il en a été de même dans l'observation suivante, et, en l'absence de

nécropsie, son narré a paru autoriser cette manière de voir.

Obs. XI. — *Etablissement des règles à 17 ans. — Suspension prolongée. — Bifidité de l'utérus et du vagin. — Obstacle siégeant sur le vagin droit. — Rétention des menstrues. — Diagnostic exact. — Opération à 19 ans. — Mort le 17e jour de péritonite.*

Rose Gebfisch, juive, 19 ans, assez bien constituée, a été menstruée à 17 ans. Les règles duraient six jours et étaient très-abondantes; elles s'accompagnaient de douleurs extrêmement violentes dans la profondeur du bas-ventre et du bassin et simultanément apparaissait à l'hypogastre une tumeur du volume du poing. Après la cessation de l'hémorrhagie, les douleurs s'amoindrirent, mais ne disparurent pas complètement; la tumeur susdite persista. Après quatre époques semblables, revenant toutes les quatre semaines, il y eut sans cause appréciable suspension des règles. Néanmoins la tumeur persista ainsi que les douleurs du bas-ventre et des reins; ces dernières devinrent seulement plus supportables et permirent à la malade de reprendre ses occupations de domestique.

Cette suppression dura environ quinze mois; quand les règles se rétablirent, elles durèrent trois jours et s'accompagnèrent des mêmes douleurs.

Alors que Neugebauer vit la malade, c'est-à-dire deux mois plus tard, elle reposait dans le lit sur le côté droit et accusait dans la profondeur du bassin, à l'hypogastre et dans la région lombo-sacrée, une douleur sourde, parfois suraiguë, ayant son siége dans une tumeur allongée, presque cylindriforme qui, de la cavité pelvienne, s'élevait en haut et à droite dans la cavité abdominale et atteignait presque à la hauteur du nombril. Reposant immédiatement au-dessous de la paroi et mobile à un degré médiocre, la tumeur, sensible au toucher, douloureuse à la pression, paraissait assez rebondie; cependant on y percevait une certaine fluctuation. Sa face supérieure paraissait lisse d'une façon uniforme, mais sur son bord gauche, à environ 7 centimètres au-dessus du pubis, on constatait une saillie du volume d'une datte, donnant une sensation de dureté et douloureuse à la pression. Par le toucher la tumeur était sentie à l'entrée du bassin qu'elle occupait en grande partie, et de là se prolongeait jusqu'au niveau du col vésical par une extrémité coniforme fortement tronquée, se trouvant à environ 25 millimètres de l'entrée du vagin. Par le fait de cette tumeur, siégeant en grande partie à droite, le vagin était tellement allongé qu'on ne pouvait atteindre avec le doigt la portion vaginale. Une sonde utérine pénètre à une profondeur de 13 centimètres avant de rencontrer l'obstacle caractéristique de la portion vaginale. La tumeur placée dans le bassin comme celle placée dans la cavité abdominale sont

fluctuantes et par le palper bi-manuel on s'assure qu'elles sont connexes et constituent une cavité unique remplie de liquide.

La malade repose de préférence sur le côté droit parce que dans cette position les douleurs sont moins fortes que dans le décubitus horizontal ou dans le décubitus latéral gauche. La fièvre est modérée; elle vomit parfois, est sans appétit et est très-abattue. Les selles sont difficiles et provoquent constamment des douleurs dans la tumeur.

La menstruation survenue peu après dura trois jours, fut assez abondante et s'accompagna de violentes douleurs. On put voir le sang s'écouler par le vagin gauche, la tumeur se dilater et devenir plus douloureuse qu'avant, on put constater sa décroissance et l'amoindrissement des douleurs avec la cessation de l'hémorrhagie.

Huit jours plus tard, après avoir disposé la malade comme pour la taille, on mit à jour l'extrémité inférieure de la tumeur et pénétra dans celle-ci avec un bistouri étroit. Il s'en écoula quelque peu de sang rouge sombre sans odeur. Introduisant ensuite une sonde cannelée, la tumeur fut fendue de façon que l'index fut introduit. On s'abstint de toute pression et confia à la nature le soin d'expulser le contenu, mais après qu'il en fut sorti 400 grammes, on fit porter l'opérée dans son lit et on donna le seigle ergoté. L'écoulement persista et il en sortit autant qu'après l'opération.

VOICI LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE CHIMIQUE.

a. Parties solides.	
1. Substances albumineuses (sérum albumineux, substance fibrino-plastique, fibrine, hémato-globuline et paralbumine	16.5760
2. Graisse et cholestérine	0.9940
3. Substance extractive soluble dans l'eau	1.8620
4. — — soluble dans l'alcool	0.1820
5. Sels minéraux solubles dans l'eau	8.3550
6. — — solubles dans l'alcool	0.0772
7. — — insolubles	0.2770
Perte	0.1408
Total	20.4640
b. Parties liquides, eau	79.5360
	100.0000

Affaissée pendant la nuit qui suivit l'opération, la malade se trouva passablement dans la journée suivante, mais dès le surlendemain se montraient des symptômes de péritonite, qui, malgré un traitement énergique, amena la mort dix-sept jours après. L'autopsie ne fut point permise (Neugebauer, *Arch. f. Gyn.*, t. II, p. 247 à 255).

La connaissance de ces observations, en établissant la part

prédominante qui doit être faite à l'état antérieur du sujet, restreint du même coup l'importance à attacher au mode opératoire employé, sans cependant l'amoindrir complètement. Si à peu près tous les procédés attaquant la tumeur par la vulve ont donné des succès et des insuccès, ce n'est pas une raison pour leur attribuer une égale valeur. Je n'ai nulle peine à accorder que le moins bon a été étranger au dénouement fatal intervenu; mais je ne saurais étendre la même immunité aux examens, répétés et aux véritables manipulations dont certaines malades ont été l'objet. Incontestablement, un diagnostic rigoureux offre de sérieux avantages, mais encore faut-il que les manœuvres employées pour y arriver ne viennent pas contrecarrer la guérison que l'on cherche à obtenir. En cas de doute, il vaut mieux recourir à une ponction exploratrice que de multiplier des examens qui, s'ils ne sont pas toujours dangereux, sont tout au moins extrêmement fatigants. Pour rendre moins douloureuse l'exploration des parties profondes, je conseille en pareil cas l'emploi du chloroforme, sauf à pratiquer l'opération dans la même séance.

L'opération variera nécesairement avec le siége de l'obstacle, mais même alors qu'il se trouve placé au méat utérin, les difficultés n'en sont pas considérablement augmentées. Le spéculum est alors nécessaire, à moins de recourir à l'emploi du trocart, ce que je ne saurais conseiller comme moyen d'évacuer le contenu. Le bistouri est préférable, car l'ouverture qui en résulte est moins sujette à s'oblitérer ; enfin, la ponction devra porter sur la partie la plus inférieure de la tumeur,et,autant que possible,sur le point le plus aminci. Une fois arrivé dans la cavité (ce qui est établi par la sortie d'un peu de sang rouge sombre, visqueux et de la consistance du miel), on devra, en retirant l'instrument, débrider à droite et à gauche jusqu'à ce que l'index puisse être introduit. Par cette pratique, la permanence de l'ouverture est assurée et on ne sera pas exposé à ponctionner à trois reprises, ou à répéter l'opération une seconde fois.

L'écoulement du *retentum* doit être confié à la nature : on doit s'abstenir de toute pression sur la tumeur abdominale,afin d'en

évacuer plus vite le contenu comme aussi d'administrer le seigle ergoté, qui a été préconisé par certains dans le même but. Le retrait physiologique de l'utérus sera favorisé par un régime sévère et par un séjour au lit égal à la durée de l'écoulement.

Grâce à ces précautions diverses, les suites de l'opération seront extrêmement simples, mais de ce qu'elles ont offert ce caractère dans les cas assez nombreux où elles n'ont pas été mises en usage, on ne saurait en induire leur inutilité. Dans ces cas, il vaut mieux pécher par excès de précaution que par négligence,et on devrait s'estimer très-heureux si, par le fait de cette conduite, on évitait l'explosion de la péritonite qui a emporté l'opérée de Le Roy, au septième jour, et celle de Neugebauer (2 ob.), au quarante-septième jour après l'apparition des symptômes de pyémie. L'inflammation du péritoine, en effet, est l'accident le plus à redouter,et s'est même montrée dans des cas qui se sont terminés par la guérison, témoin, l'observation 6, et la première de Freund.

Enfin, l'ouverture produite par le bistouri devra, autant que possible, emporter tout l'obstacle ; car, faute de lui donner un calibre suffisant, on s'expose au rétrécissement ou à la reproduction de l'atrésie. A ce dernier point de vue, il n'en est pas de plus instructif que le cas de Passauer qui, anatomiquement, est complètement analogue à celui de Decès. Après avoir fait une incision longue tout au plus d'un centimètre,et avoir recueilli un demi *quarte* (572 grammes) de sang théiforme, l'ouverture se ferma et nécessita au bout d'un mois une seconde incision, qui oblitérée à son tour, nécessita, deux mois plus tard, une troisième opération.

D'autres fois, alors que l'incision n'a pas porté sur la partie la plus déclive ou que l'ouverture est restée à l'état fistuleux, au lieu d'observer les accidents amenés par la rétention des menstrues, on note d'autres accidents qui réclament une nouvelle intervention. Tel est, par exemple, le cas suivant :

Obs. XII. — *Utérus bicorne avec vagin droit imperforé; rétention du sang menstruel : opération; guérison. — Mariage. — Avortement à la fin du troisième mois. — Inflammation des parois; pyomètre et pyokolpos traités par incision. — Guérison.*

Une femme de 26 ans vint trouver Spiegelberg et lui exposa les faits suivants : Menstruée pour la première fois à 14 ans, elle l'a été régulièrement pendant dix-huit mois. Pendant les six mois de suspension, elle accusa un sentiment de pesanteur du côté du rectum et de la vessie. Le retour des règles ramena le calme, mais néanmoins une tumeur se montra qui fut ponctionnée sans résultats par un premier médecin alors qu'un second en évacua une quantité de sang épais et sirupeux.

Le soulagement fut immédiat et la santé devint parfaite.

Mariée et devenue enceinte neuf mois après, elle a avorté à la fin du troisième mois. Pendant la convalescence elle a remarqué par les voies génitales un écoulement purulent, lequel a graduellement augmenté en quantité et est devenu nauséabond. Toutes les fois qu'il s'arrête, elle est torturée par des douleurs dans la vessie et le rectum, avec mouvement d'expulsion du côté de la matrice. Concurremment il y a de la dysménorrhée.

A l'examen six mois environ après la fausse couche, tumeur élastique, mobile, quelque peu irrégulière, du volume du poing, occupant la partie droite et antérieure du bassin et projetant en bas la paroi antérieure du vagin. Le col utérin était déjeté à gauche et le méat laissait échapper une copieuse quantité de pus fétide. La sonde utérine pénétrait à gauche à la profondeur normale, tandis qu'à droite au bout de 2 centimètres, elle se dérobait dans une cavité spacieuse. Par la pression sur la tumeur, l'écoulement de pus par le méat augmentait considérablement.

Un bistouri boutonné fut introduit en haut du col et fit sur la tumeur une ouverture d'un pouce de longueur. La cavité fut ainsi vidée d'une quantité de pus et de petits caillots sanguins concrétés.

La cavité fut maintenue ouverte, et après la guérison qui eut lieu sans troubles notables, on reconnut que les parois de la cavité avaient tous les caractères propres au vagin. Par le rectum, les deux cornes de l'utérus purent être distinguées ainsi qu'un double méat. La sonde pénétra dans la corne droite à la profondeur de 4 pouces. (Otto Braus, *Berlin. Klin. Wochens.*, 9 et 16 mars 1874.)

La persistance du vagin incomplètement développé, l'étroitesse de l'ouverture de communication existant entre les deux cornes, ont amené ici un état analogue à celui dont il est parlé au paragraphe V; le sang menstruel et le pus avaient par suite

une évacuation incomplète,et sortaient seulement par regorgement. De là les souffrances incessantes de la malade et leur cessation définitive,dès que le vagin imperforé a été largement ouvert par une nouvelle opération.

On me dispensera d'insister davantage sur ce sujet, mais en terminant cette longue étude, on me permettra d'ajouter que les atrésies complexes ne sont pas une cause absolue d'infécondité. On n'a qu'à se rappeler l'observation de Braun-Fernwald, signalée plus haut, dans laquelle la tumeur sanguine fut une cause de dystocie (1).

CONCLUSIONS.

1° On dit qu'il y a *atrésie complexe* alors que le canal génital étant double, l'une des moitiés est imperforée dans une partie quelconque de son étendue.

2° L'imperforation a été relevée onze fois à l'un des méats utérins et vingt-trois fois sur l'un des vagins, soit au segment supérieur, soit au segment moyen, soit à son extrémité inférieure (atrésie hyménéale).

3° Abstraction des cas où cette indication est absente, l'obstacle a été noté vingt fois à droite et huit fois seulement à gauche.

4° A part deux cas où l'utérus était *biloculaire* ou *cloisonné*, les autres sont des exemples d'*utérus bicorne* à divers degrés.

5° Quelle qu'en soit la variété, l'atrésie complexe ne se trahit qu'à la puberté par la manière d'être de la menstruation. Le côté ouvert excrète le sang exhalé alors que le côté imperforé le conserve à l'état de *retentum*.

6° L'hémorrhagie cataméniale, effectuée par le côté ouvert,

(1) Dans cette étude écrite au point de vue clinique j'ai négligé six observations ayant un simple intérêt d'anatomie pathologique. Quatre ont été recueillies sur des enfants : Otto, *Seltnere Besbachtungen*, p. 141 ; Puech, *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 586; Odier et Chantreuil, *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 32 ; Klebs, *Arch. f. Gyn.*, t. II, p, 92, et les deux autres ont été recueillies sur le cadavre par Wrany (*Prager Viertely*, 1868, t. III, p. 39) et par Hofmann *Diss. In.*, Erlangen, 1869, p. 16). Cette dernière provenait d'une femme de 64 ans, restée stérile, dont la corne droite était fermée.

est plus ou moins régulière, dans sa venue, parfois même suspendue pendant plusieurs mois, mais à quelques exceptions près, elle est médiocre en quantité.

7o Les phénomènes de rétention, amenés par l'imperforation, débutent tantôt avant la première menstruation, tantôt avec celle-ci, tantôt un peu plus tard, suivant que la corne du côté imperforé a un développement prématuré, concomitant ou bien arriéré par rapport à la corne du côté ouvert.

8o Ils consistent en douleurs à retour mensuel, coïncidant le plus souvent avec l'hémorrhagie, lesquelles partant des lombes et du sacrum, vont mourir au pubis et au pli de l'aine, en une pression intérieure, dirigée vers la vulve, et surtout en l'apparition d'une tumeur occupant l'un des côtés de l'hypogastre et une grande partie de la cavité pelvienne, tumeur qui peut gêner la marche, entraîner la dysurie et même la rétention d'urine.

9° A la palpation de l'hypogastre, on sent une tumeur élastique, plus ou moins volumineuse, plus ou moins douloureuse à la pression, médiocrement résistante, parfois même franchement fluctuante, qui facile à délimiter vers le haut et inclinée sur le côté, se perd en bas dans le petit bassin.

10° A l'exploration des organes génitaux, on constate également une tumeur qui, à côté de symptômes communs, en offre d'autres variant avec le siége de l'imperforation.

a) L'obstacle se trouve-t-il à l'extrémité inférieure du vagin (C. Braun, Simon, Schrœder, Esenbeck), la vulve est entr'ouverte par une tumeur conique, de coloration violacée, à fluctuation évidente, tumeur qui siégeant sur l'un des côtés du vagin, en rétrécit le calibre, notamment dans le milieu, puis devenant plus étroite, se perd dans le bassin. Dans cette variété, la portion vaginale du col est refoulée en haut et souvent impossible à atteindre.

b) L'obstacle se trouve-t-il au segment moyen ou supérieur du vagin, la vulve est normale ainsi que le vagin dans sa partie placée au-dessous de la tumeur. A raison de l'épaisseur de l'obstacle, la coloration violacée n'est plus appréciable, la fluctuation est plus obscure, mais la tumeur conique localisée à l'un des côtés du vagin, se perd semblablement dans le bassin. Pa-

reillement, le cul-de-sac supérieur n'existe que d'un côté, la portion vaginale est déjetée vers le côté opposé et a, par suite une position excentrique.

c) L'obstacle est-il placé à l'un des méats, la corne restée ouverte est flanquée latéralement d'une tumeur de forme régulièrement sphérique, située dans l'un des segments antérieurs du bassin, faisant saillie dans l'un des culs-de-sac vaginaux qu'elle efface et se reliant à la tumeur constatée à l'hypogastre. Par suite, et comme dans les variétés précédentes, la portion vaginale est déjetée du côté opposé et est munie d'un méat en forme de fer à cheval ou allant d'avant en arrière.

11° Quelque soit le siége de l'obstacle, toute pression exercée sur la tumeur hypogastrique est transmise au doigt placé à l'intérieur du vagin, et *vice versa.*

12° La constatation de ces données diverses, l'exploration de la corne restée ouverte avec la sonde permettront de diagnostiquer sûrement une atrésie complexe, et empêcheront de la confondre avec la dysménorrhée congestive, avec un kyste de l'ovaire, avec une hématocèle péri-utérine, etc., etc., comme cela a eu lieu déjà plusieurs fois. En cas d'embarras, les derniers doutes seraient levés par une ponction exploratrice.

13° Les modes de terminaison sont identiques à ceux de l'atrésie simple. Ce sont :

1° La rupture spontanée de l'obstacle.

2° La perforation de la cloison intermédiaire aux deux cornes.

3° Le passage du sang de la corne dans la trompe et de celle-ci dans la cavité péritonéale.

4° La péritonite provoquée par la répétition des crises.

14° Le traitement comporte deux indications : 1° l'évacuation du *retentum* , 2° le maintien de l'ouverture créée.

15° A raison de la mortalité considérable (8 décès sur 26 opérées) l'opération exige de grandes précautions. Elle devra être effectuée sept à huit jours après la cessation de l'hémorrhagie, et, autant que possible, dès le début des accidents.

16° Vu la tendance à la récidive, l'obstacle devra être largement ouvert et non ponctionné. Contrairement à la pratique de

certains, on devra s'abstenir de toute pression sur la tumeur, et des examens prolongés qui prédisposent à la péritonite.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

NOTE SUR UN CAS DE RECTOCÈLE VAGINALE (1)

Par le Dr Mollière,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Constance P..., âgée de 50 ans, entra le 9 février 1875 dans mon service. Réglée depuis l'âge de 17 ans et mariée à 26, cette femme, qui a longtemps joui d'une bonne santé, a eu dix grossesses. La dernière se termina par un avortement en juin 1872. Les souffrances qui l'amènent aujourd'hui à l'hôpital ont débuté il y a dix ans par de la pesanteur dans les lombes, des douleurs dans le bas-ventre, de la faiblesse dans les jambes, etc.

La véritable nature de ces symptômes, sur lesquels elle s'explique du reste assez mal, est d'autant plus difficile à bien apprécier que les suites de ses trois dernières couches ne furent pas parfaitement simples; c'est ainsi qu'après l'avant-dernière il y aurait eu pendant une quinzaine de jours de l'œdème des membres inférieurs. Notons cependant qu'aucun de ses accouchements ne nécessita l'intervention de l'art.

C'est en 1874 que la maladie qui, jusque-là, n'avait jamais éprouvé de souffrances bien définies du côté des organes génitaux, ressentit les premiers symptômes de la maladie actuelle. Il y eut tout d'abord des coliques, puis une constipation tellement opiniâtre qu'elle devait être constamment combattue par des lavements, sans le secours desquels la malade était dans l'impossibilité d'exonérer son intestin. Ces malaises, ces douleurs devinrent telles, qu'elle dut quitter les travaux pénibles de la vie des champs pour se livrer à une profession sédentaire (celle de dévideuse). C'est que tout effort était devenu pour ainsi dire impossible, car il s'accompagnait d'une sensation douloureuse du côté du bassin avec issue d'une tumeur à la vulve.

A son entrée à l'hôpital, je constatai tous les signes de la maladie décrite depuis le mémoire de Malgaigne sous le nom de *rectocèle vaginale.*

(1) Extrait du *Lyon médical* du 9 mai 1875.

En effet, chaque fois que la malade voulait aller du ventre, une tumeur du volume d'une orange mandarine venait faire saillie à la vulve, entr'ouvrant les grandes lèvres. La tumeur était lisse, régulièrement arrondie, molle et facilement réductible. La muqueuse vaginale qui la recouvrait avait son aspect ordinaire. En pratiquant le toucher rectal il était facile de constater que cette tumeur était formée par une dilatation de l'ampoule rectale au-dessous de laquelle le sphincter avait conservé sa tonicité normale. La malade présentait en outre, mais à un degré peu avancé, les symptômes d'une cystocèle vaginale. L'utérus, très-hypertrophié, avec un col largement ouvert et qui admettait presque l'extrémité de l'index, était très-légèrement abaissé.

J'ai examiné cette malade à plusieurs reprises, tantôt le rectum et la vessie pleins, tantôt au contraire après la miction et l'administration d'un lavement. Je lui ai fait accomplir devant moi l'acte de la miction dans la position accroupie, provoquant en même temps des efforts de défécation. Ces efforts n'aboutissaient qu'à l'issue à travers la vulve de la tumeur dont il vient d'être question; c'est dans cette tumeur, dans cette poche, que s'accomplissait la défécation. Et la tumeur, pour sortir, passait par-dessus le périnée qui, chose importante à noter, était intact et ne présentait aucune trace de déchirure.

Je soumis d'abord cette malade à un régime susceptible d'amener des selles molles. Je fis administrer tous les jours une verrée d'eau de Pullna, en même temps que je faisais faire quotidiennement dans le rectum des injections avec diverses solutions d'extrait de ratanhia.

Ce traitement n'amena aucun résultat local. Il eut cependant l'avantage de permettre aux forces de se relever, car en palliant ainsi la constipation je rendis l'appétit à ma patiente, qui fut en état de subir, le 27 février, l'opération suivante :

Opération. — La malade étant anesthésiée avec l'éther et couchée sur le dos les jambes écartées, et confiées à des aides, j'introduisis dans le rectum un pessaire Gariel qui fut gonflé de manière à distendre la poche morbide et à la faire saillir hors de la vulve, comme pendant les efforts de défécation. Ceci fait, je disséquai au bistouri sur la partie saillante de cette tumeur un lambeau ovalaire de 5 à 6 centimètres de longueur sur trois à quatre de largeur. Ce lambeau fut excisé. Il comprenait toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale et en grande partie celle du tissu cellulaire qui la doublait. Grâce au pessaire introduit dans le rectum et qui me servait de guide, je pus laisser parfaitement intacte la muqueuse de ce viscère.

Tout ce premier temps de l'opération a pu être accompli sans hémorrhagie sérieuse, je n'ai eu à arrêter qu'une seule petite artériole qu'il m'a suffi de tordre.

Les bords de cette large perte de substance furent ensuite réunis longitudinalement à l'aide de trois points de suture enchevillée et trois points de suture métallique plus superficiels. (C'est également à l'aide de fils métalliques que la suture enchevillée avait été pratiquée.)

De larges doses d'opium furent administrées de manière à suspendre absolument le cours des matières pendant les premiers jours. Il n'y eut pour ainsi dire pas de réaction générale. Et si pendant les cinq ou six premiers jours la malade accusa de la céphalalgie, de l'inappétence, c'est bien plus aux doses d'opium administrées qu'à la fièvre traumatique qu'il le faut attribuer, car jamais la température no s'est élevée à un degré réellement pyrétique.

J'abandonnai absolument aux soins de la nature l'élimination des fils qui avaient réuni la plaie, me bornant à faire pratiquer quelques injections vaginales avec de l'eau tiède.

Le deuxième jour, tous les fils étaient tombés et l'on pouvait voir sur la face postérieure du vagin une cicatrise linéaire. J'avais donc obtenu la réunion de la plaie sans suppuration, la réunion par première intention.

A partir de ce moment la guérison a été complète. J'ai néanmoins fait administrer des injections rectales avec l'extrait de ratanhia pendant plusieurs jours, et quand la malade a quitté l'hôpital, je lui ai recommandé l'usage de fréquentes injections froides dans le rectum.

J'ai examiné souvent ma malade pendant un mois environ après son opération, lui faisant exécuter devant moi des efforts de miction et de défécation dans des positions variées. La tumeur ne reparaissait plus, et l'on pouvait voir sur la partie postérieure du vagin, en écartant les parois de cet organe, une cicatrice linéaire solide. La défécation s'accomplissait normalement et sans la moindre douleur, et quand ma patiente quitta l'hôpital, sa santé générale était des plus satisfaisantes.

Cette guérison sera-t-elle durable? Le résultat justifie-t-il l'opération que j'ai pratiquée? Cette opération est-elle grave? Telles sont les questions que je dois examiner maintenant.

Et d'abord, la guérison sera-t-elle durable?

Lorsque l'on consulte les quelques auteurs qui ont écrit sur la maladie qui nous occupe, on arrive bien vite à se convaincre qu'au point de vue de l'étiologie, l'histoire de la rectocèle est encore à faire. On a cependant invoqué un grand nombre de causes : grossesse, dilatation de la vulve, ascite, distension du rectum, chute, pollution, etc.... Mais doivent-elles bien être prises au sérieux? Mon intention n'est pas de discuter la valeur de chacune, car je crois pour mon compte que les causes qui déterminent la production de

la rectocèle vaginale peuvent être divisées en trois grandes catégories :

1° Causes agissant sur le rectum en le dilatant;

2° Causes agissant sur le vagin en le dilatant;

3° Causes agissant sur le vagin en détruisant ses moyens de fixité (abaissement de l'utérus et déchirure périnéale).

Le hasard m'a fourni récemment l'occasion d'observer deux cas remarquables de rectocèle appartenant à cette dernière catégorie. Je vais les rapporter aussi brièvement que possible.

La première observation a trait à une femme de 34 ans qui est venue se présenter à ma consultation gratuite. Après avoir longtemps joui d'une très-bonne santé, cette femme, qui avait déjà mis heureusement au monde trois enfants, le dernier il y a sept ans, avorta vers le septième mois de sa grossesse, il y a cinq mois. Cet accident fut attribué à une tumeur abdominale dont la présence devint très-évidente après l'expulsion du fœtus. Cette tumeur, que l'on sent aujourd'hui nageant dans la cavité péritonéale, a déterminé la production d'une quantité considérable de liquide ascitique, de sorte que l'abdomen est volumineux et tendu. Cette ascite s'est accrue assez rapidement après l'accouchement; néanmoins ce n'est qu'au bout de deux mois que la malade s'est aperçue qu'une tumeur venait de faire saillie entre les grandes lèvres au moment des efforts.

Lors de mon examen je constatai : 1° une ascite considérable; 2° la présence d'une tumeur solide assez volumineuse; sans adhérence avec l'utérus (?) et *ballottant* dans le liquide ascitique; 3° les grandes lèvres étaient écartées par une tumeur arrondie, lisse, molle, sèche, d'une coloration se rapprochant davantage de celle de la peau que de celle des muqueuses. Cette tumeur avait le volume d'une orange; elle augmentait pendant les efforts de défécation, mais se réduisait facilement dans le vagin. Grâce au toucher rectal, je vis immédiatement que j'étais en présence d'une rectocèle. Le toucher vaginal d'autre part m'apprit que l'utérus était considérablement abaissé, tout en ayant conservé complètement sa mobilité; en le refoulant par des pressions méthodiques on faisait disparaître la rectocèle.

Il est évident que dans ce cas, la cause de la procidence du rectum par le vagin a été l'abaissement utérin. Ce déplacement, en rapprochant d'une manière exagérée les extrémités supérieure et et inférieure de la cloison recto-vaginale en diminue la tension et partant la résistance. Elle se laisse alors distendre par le rectum.

Dans le cas suivant il y avait bien abaissement utérin, mais ici le déplacement de la matrice a été l'effet et non la cause de la rectocèle.

L'observation a été recueillie sur une jeune fille 23 ans, qui ayant accouché de son deuxième enfant deux mois auparavant, avait éprouvé lors de son retour de couches des accidents assez sérieux: œdème de la grande lèvre gauche et de la région supérieure de la cuisse du même côté. Ces accidents disparaissent assez rapidement sous l'influence du repos, et la menstruation se rétablit.

Mais en examinant la région de la vulve, je vis entre les grandes lèvres une petite tumeur faisant saillie au niveau de la fourchette. Cette tumeur arrondie, recouverte de plis tranversaux, rouge comme l'est d'ordinaire la muqueuse du vagin, n'était autre qu'une rectocèle. Le toucher rectal m'en donna la preuve certaine. Comme chez les autres malades cette tumeur augmentait au moment des efforts, surtout qu'en faisant accroupir la malade, dans la position que prennent les femmes pour accomplir la miction, on l'engageait à uriner. On pouvait s'assurer qu'il y avait encore en outre, mais à un très-faible degré, cystocèle vaginale. En pratiquant le toucher immédiatement après ces efforts, je reconnus un abaissement utérin. Le col était très-près de la vulve. Après la réduction de la tumeur l'organe reprenait sa situation normale.

En examinant la région périnéale, je trouvai une déchirure périnéale ancienne, allant jusqu'au sphincter exclusivement. Les fonctions de l'anus n'étaient aucunement compromises, mais la vulve déchirée vers la partie inférieure ne pouvait plus contenir les organes qu'elle est chargée de soutenir. De là la rectocèle, la cystocèle, de là aussi l'abaissement utérin.

Comme on a pu s'en convaincre, il est bien évident que dans ma première observation il ne s'agissait pas d'une rectocèle de la première espèce, c'est-à-dire d'une *maladie du rectum*. En pareil cas, l'organe primitivement malade se dilate avant de faire saillie à la vulve. La constipation précède l'apparition de la tumeur; enfin, à en croire certains anatomo-pathologistes, la lésion du rectum consisterait dans une ***dilatation partielle*** de l'organe, dilatation siégeant à la partie antérieure seulement, et qui pourrait être comparée aux anévrysmes sacciformes, puisque quelquefois elle communique avec l'ampoule rectale par un orifice rétréci.

J'ai dit également dans l'observation qu'il n'y avait pas de déchirure périnéale, que l'utérus n'était que très-légèrement abaissé, comme l'est en général celui de toutes les femmes qui ont eu un grand nombre d'accouchements. Il y a donc eu dans ce cas rectocèle par lésion vaginale, rectocèle par ***dilatation du vagin***. C'est ce qui m'a décidé à intervenir sur cet organe et à pratiquer l'opération dont je viens de retracer l'histoire et que je croirais formellement contre-indiquée s'il s'agissait d'une rectocèle reconnaissant une autre cause. C'est aussi ce qui me fait répondre par l'affirmative à la première

question que je me suis posée. Oui, je crois qu'il y a lieu d'espérer que le résultat que j'ai obtenu sera durable. En effet, cette femme ayant traversé l'époque de la ménopause, son vagin est désormais à l'abri des causes dilatatrices qui ont amené les lésions que j'ai fait disparaître. Mais, me dira-t-on, cette opération a déjà été tentée et presque tous les chirurgiens la rejettent aujourd'hui et se bornent à prescrire l'application des pessaires particuliers, parmi lesquels on doit recommander plus spécialement à l'attention des hommes de l'art celui de Demarquay (*Bulletin de thérapeutique*, 1869).

Je dirai d'abord qu'il est possible que les quelques observations que possède la science sur la cure de la rectocèle vaginale par ex-rèse, se rapportent à des cas de rectocèle ne reconnaissant pas pour cause la dilatation primitive du vagin, mais bien une lésion rectale, un déplacement utérin ou une déchirure du périnée.

Mais à suppposer que dans tous ces cas il se soit agi réellement de hernies rectales assimilables à celle de ma malade, parmi les diverses opérations dont nous connaissons les détails, une seule peut être comparée à la mienne, c'est celle qui fut pratiquée par Brown en 1865, et dont on peut trouver le résumé dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, tome XXIII, page 378. Brown, qui du reste obtenu un plein succès, avait eu recours à la suture enchevillée.

Dans tous les les autres cas, au contraire, il s'agit de suture simple, de suture en surjet, en gousset, de cautérisation, de colpo-morophie (puisque tel est le nom que l'on a voulu donner à l'opération pratiquée jadis par Bellini, de Florence), d'écrasement linéaire enfin! Toutes ces opérations ont eu pour résultat la création d'une cicatrice, d'un noyau cicatriciel.

Or, si les rétrécissements cicatriciels, si les brides sont éminemment rétractiles, les plans cicatriciels au contraire sont éminemment dilatables. L'histoire des anévrysmes et des hernies est là pour le prouver. Il ne serait donc pas logique d'assimiler une opération ayant pour but de produire un noyau cicatriciel à une opération *autoplastique* proprement dite.

Quant aux raisons qui m'ont déterminé à opérer dans ce cas, je les crois plus que suffisantes pour légitimer mon intervention. C'est qu'en effet la rectocèle vaginale n'est pas une affection aussi insignifiante que semblent le penser certains auteurs. Sédillot, par exemple, dans son *Traité de médecine opératoire*, nous dit avoir très-souvent observé la rectocèle chez les filles publiques, *à la visite*, et aucune ne s'en plaignait. Le lieu de l'observation et la qualité de l'observatrice ôte, ce me semble, presque toute valeur à l'opinion de l'illustre professeur : jamais les filles publiques ne se plaignent *à la visite* au médecin chargé de leur séquestration moins qu'à tout autre.

Mais lorsque les malades sont suivies un certain temps, lorsque les symptômes qu'elles présentent peuvent être sérieusement analysés, on arrive bientôt à voir combien déplorables sont les conséquences de la rectocèle vaginale. En dehors même des symptômes généraux dont la constipation est la cause prochaine (coliques, dyspepsie, anémie, etc...), la rectocèle peut amener dans la région ano-génitale les désordres les plus graves. Le prolapsus utérin, la cystocèle, sont les conséquences fréquentes de la hernie du rectum. Cette hernie, sans cesse expulsée par les efforts de la défécation, entraîne pour ainsi dire dans sa chute tous les organes pelviens. Ainsi donc, cette lésion, qui reconnaît quelquefois pour cause l'abaissement de l'utérus, est susceptible de le produire. Tout effort, et partant tout travail pénible deviennent absolument impossibles. Notre malade n'a-t-elle pas dû changer de profession et abandonner les travaux des champs.

En présence d'une pareille infirmité, n'est-on pas autorisé à intervenir, surtout lorsque l'intervention a en elle-même si peu de gravité ? En effet, ces opérations autoplastiques n'entraînent presque jamais d'accidents, et grâce aux modifications que j'ai apportées au manuel opératoire, dans le cas qui vient d'être relaté, je crois que l'on n'a presque plus aucun accident à redouter. On est en effet presque complètement à l'abri de l'hémorrhagie, car le pessaire Gariel que j'introduis dans le rectum a non-seulement l'avantage d'étaler et de tendre la muqueuse sur laquelle on doit opérer, mais il comprime le réseau vasculaire sous-muqueux. On ne voit donc pas se produire cet écoulement sanguin, cette hémorrhagie en nappe dont il est parfois assez difficile de se rendre maître, et qui rend si pénibles et si longues les manœuvres opératoires. Le pessaire Gariel est un excellent instrument pour réaliser l'*ischémie* dans les opérations qui se pratiquent sur la cloison recto-vaginale, et je puis le dire à l'avance, il est possible, à l'aide de certains perfectionnements, d'obtenir une ischémie absolue.

Je me crois donc autorisé à répondre à la troisième question que je m'étais posée : Non, l'opération autoplastique que j'ai pratiquée n'est pas une opération grave, et le succès obtenu dans ce cas ne dût-il être que temporaire, l'opération n'en eût pas moins été formellement indiquée. Je pourrais, à l'aide d'observations recueillies dans les divers auteurs et dans les publications périodiques. donner à cette assertion de nouvelles preuves. Me réservant de revenir plus tard sur ce point et de discuter plus au long dans un ouvrage de longue haleine ces importantes questions, je me bornerai à renvoyer aujourd'hui le lecteur à l'excellente thèse de M. Bourdon (*Des anaplasties périnéo-vaginales dans le traitement des prolapsus de l'utérus, des rectocèles et des cystocèles*; Paris, 1875), où se trouvent résumés les

récits d'un grand nombre d'opérations importantes pratiquées impunément sur les organes génitaux externes de la femme, opérations dont l'auteur a très-bien dû faire ressortir et l'utilité et l'innocuité.

REVUE CLINIQUE

FISTULE VÉSICO-VAGINALE,

SITUÉE AU FOND DU VAGIN RÉTRÉCI, OPÉRÉE AVEC SUCCÈS (1).

Par le Dr Ladislas de Mierzcjewski,
Médecin des hôpitaux de St-Pétersbourg.

La nommée Alexandra Sergueewa, âgée de 22 ans, non mariée présentée par moi à la Société des médecins praticiens, et examinée par les membres de ladite Société, fut opérée de la fistule vésico-vaginale dans les circonstances suivantes :

L'année passée, le 6 mai, Sergueewa fut reçue à l'asile des femmes en couches de la maison des Enfants-Trouvés de Saint-Pétersbourg, en travail de son troisième accouchement. Les deux précédents ont été heureux. Les eaux étaient écoulées déjà depuis plus de vingt-quatre heures; la tête de l'enfant et son bras droit étaient fortement engagés dans le petit bassin, les dimensions du bassin étant un peu diminuées.

Avant d'arriver à la Maternité, Sergueewa a subi des tentatives infructueuses d'extraction de l'enfant, faites par des sages-femmes ignorantes. Dans l'asile on a essayé, à deux reprises, la réduction du bras et la version pelvienne, mais sans succès; l'accouchement était terminé, l'enfant mort, par la perforation du crâne et la cranioclasie faites par un des médecins de l'établissement.

Après la délivrance, l'examen précis et soigneux, comme toujours, du directeur de l'asile, M. le professeur académicien A. Krassowski, démontra que la paroi supérieure du vagin, au tiers supérieur, était déchirée presque au niveau du col de la matrice, et sous forme de lambeau longitudinal, mesurant deux doigts en largeur et quatre centimètres de longueur. Ce lambeau s'infléchissait en bas et en avant, s'enroulait sur lui-même et atteignait presque l'entrée du vagin; les parois de celui-ci étaient descendues, comme toujours, après l'accouchement, de sorte qu'on l'a pris, tout d'abord, pour la lèvre œdéma-

(1) Travail présenté à la Société des médecins praticiens de St-Pétersbourg; séance du 6 avril 1875.

teuse de l'utérus. La muqueuse de la vessie n'a pas été atteinte, mais seulement toute la cloison vaginale. Une violente inflammation dans les parties lacérées se déclara, suivie de gangrène d'une partie du lambeau et des parties environnantes, savoir : le col de l'utérus et la paroi postérieure du vagin surtout.

Pour être court, nous ne suivrons pas le cours de la maladie; notons seulement que, le douzième jour des couches, la malade présentait, outre la fistule qui s'est ouverte le même jour (douzième après les couches), tous les symptômes d'une pyoémie, et, la vingt-deuxième journée, c'est-à-dire le 28 mai, elle fut transportée à l'hôpital Zagorodnoy, hors des limites de la ville, et fut admise dans ma section des femmes malades.

En moins de deux mois, elle a été tout à fait rétablie; du moins en ce qui concerne l'état général, grâce principalement à l'air frais et à la nourriture, et, le 18 juillet 1874, j'ai consenti à procéder à l'opération de ladite fistule.

L'état des organes génitaux, dans ce moment, se trouvait dans les conditions suivantes :

Le vagin, long environ de 8 ou 9 centimètres, était infundibuliforme, en entonnoir, par suite de la perte de substance qu'il avait subie et du rétrécissement des deux tiers supérieurs du vagin, surtout à la paroi postérieure, par les cicatrices restées après la gangrène; ce rétrécissement commençait presque d'emblée au niveau de la ligne qui correspond à la jonction du tiers antérieur du vagin avec les deux tiers postérieurs. Au fond de cet entonnoir, n'ayant que 7 centim. 1/2 de circonférence (étant distendu), on pouvait sentir une callosité très-irrégulière, avec un enfoncement peu prononcé; je l'ai regardé, avec raison, comme le col de l'utérus; mais cette callosité ne faisait pas saillie dans le vide du vagin, mais faisait la continuation des parois vaginales; dans l'enfoncement mentionné, je ne pouvais pas introduire une sonde; aussi Sergueewa n'avait-elle pas de règles jusqu'à cette époque (presque deux mois et demi après les couches), ni de molimen menstruel non plus.

A une distance de moins d'un centimètre de la partie antérieure du col de l'utérus, sur la paroi supérieur du vagin, se trouvait la fistule de forme ovale (le long du vagin), ou presque circulaire, ayant à peu près 2 centimètres de diamètre; le bord antérieur de la fistule se trouvait à 5 ou 6 centimètres de distance de l'entrée vaginale. Les bords de l'ouverture, quoique calleux, n'étaient pas trop durs; le tissu autour de la fistule était parsemé de cicatrices irrégulières.

Les contours de l'utérus ne pouvaient pas être bien sentis, à cause du peu d'élasticité du vagin; l'exploration par le rectum démontrait que l'organe n'était pas augmenté de volume.

La malade me suppliait de faire l'opération; elle était surtout en-

nuyée des incrustations de sels de l'urine s'accumulant dans le vagin, douleurs, etc.

Le vagin étant rétréci, je ne pouvais pas me servir de spéculum de dimension ordinaire, et j'ai dû me contenter d'un dépresseur de Gerdy, appliqué sur la surface postérieure du vagin (la paroi recto-vaginale) (la malade fut placée à la vache); le tiers antérieur du canal, non retréci, fut distendu au moyen de crochets mousses. On ne pouvait pas abaisser la matrice, ni le vagin, à la manière de Jobert (de Lamballe), pour attirer la fistule vers l'entrée vaginale, parce que ni le col de l'utérus ni le vagin, dans son tiers supérieur, ne bougeaient pas, grâce aux cicatrices et adhérences survenues à la suite des inflammations. On ne pouvait pas penser non plus à la dilatation préalable du vagin par les éponges, etc., d'autant plus que la malade n'y consentait pas : elle demandait l'opération. L'opération fut faite sans chloroforme, avec l'assistance du Dr H. Laskowski, en présence du médecin en chef de l'établissement.

En avivant les bords de la fistule (qui avaient près de 2 ou 3 millimètre d'épaisseur), par le procédé américain, en entonnoir très-évasé, sans toucher à la muqueuse vésicale, je me suis trouvé dans la nécessité d'aviver aussi la face antérieure du col de la matrice, afin de pouvoir fermer la fistule. La circonférence avivée avait 4 à 6 mill. de largeur. En avivant les bords de la fistule, il n'était pas possible d'ôter tout ce qui était calleux, et les cicatrices avivées étaient çà et là autour de la fistule. L'avivement était fait au moyen de petits (bistouri coudé) couteaux recourbés à la façon de ceux du professeur L. Neuggebauer, de Varsovie. La pince à dents de souris et les crochets ordinaires, quoique de petite dimension, nous gênaient et furent remplacés par une épingle ordinaire, affermie dans une mince baguette en bois; la pointe de l'épingle fut recourbée en forme de crochet imperceptible. Pour déplier la paroi supérieure du vagin qui faisait saillie devant la fistule, j'ai employé un petit crochet en forme de patte d'aigle, à l'extrémité opposée aux griffes duquel est attachée une chaîne très-fine, avec un morceau de plomb pendant au bout, ce plomb, étant placé sur un point voulu de la chaîne (les griffes du crochet ayant été enfoncées dans le tissu du pli), permet à volonté de diminuer ou d'augmenter la tension sur les parties qu'on veut déplier. Un crochet pareil vaut mieux qu'un aide pour déplisser les parois d'un canal étroit.

Je me suis proposé de réunir les bords postérieurs avec les bords antérieurs de la fistule; mais ne pouvant pas les joindre, vu la résistance du col de l'utérus qui ne s'y prêtait pas, j'ai plaeé les sutures le long du vagin, passant l'aiguille d'un côté à l'autre.

J'ai réussi à appliquer trois sutures profondes comprenant toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, sans atteindre toutefois la

muqueuse de la vessie, où on a placé préalablement une sonde et une suture superficielle; toutes les quatre furent faites au moyen de fil d'argent. Après la torsion des sutures, les bouts des fils sans être coupés court, ont été enveloppés d'un morceau d'emplâtre adhésif (dans le but de faciliter l'enlèvement des sutures).

Les sutures appliquées, la tension de la paroi abdominale, faisait suinter le contenu de la vessie par une fente située entre la première et la seconde suture par petites gouttelettes; voulant obvier à cet inconvénient par l'application d'une nouvelle suture sur cet endroit, j'ai dû défaire la première suture, et, en la détortillant, le fil se rompit. Après de vains efforts pour appliquer la suture voulue, je réussis seulement à passer un nouveau fil d'argent dans les trous de la première suture, grâce à la possibilité que j'eus de saisir le petit bout de fil cassé qui sortait à peine de la piqûre, et, après avoir attaché, au bout de fil intact sortant de l'autre piqûre de la suture, un autre fil d'argent et le faisant glisser dans les ouvertures de la suture.

Les manipulations employées dans ce but ont eu ce résultat, que la fente s'est élargie encore davantage, et l'urine, à chaque fois que la malade toussait, s'écoulait par grosses gouttes. J'ai renforcé les sutures en les réentortillant plus fortement, et quoique, après cela, le liquide suintât toujours un peu, je n'ai eu ni le courage ni la force de recommencer de nouvelles tentatives dans le but de fermer la fente. J'espérais que l'inflammation viendrait à bout de la fermer.

Il fallait bien, du reste, hâter la fin de l'opération, qui dura presque cinq heures. La malade était, au dernier temps de l'opération surtout, dans une irritation proche du délire; elle ne voyait pas la fin à ces souffrances, causées par le dépresseur et la fatigue. Mes honorables assistants et moi, courbés pendant cinq heures, nous étions au dernier degré d'exténuation physique.

Pour soulager l'état de la malade et pour l'engager à supporter l'opération jusqu'à la fin, j'ai été obligé maintes fois de changer la posture de l'opérée; la meilleure pour opérer, c'était la position de la malade sur *le dos*, le bassin étant fortement soulevé à l'aide de coussins, avec les jambes pliées au genoux et serrées contre le ventre (la position sacro-dorsale (Simon de Rostock)).

On pourrait croire que cinq heures pour une opération de ce genre est bien long, mais si l'on considère qu'il s'agissait d'opérer dans un espace extrêmement étroit, pour ainsi dire au fond d'un doigt de gant; et presque à tâtons, parfois à cause de l'insuffisance de la lumière; puis, que la malade était tellement énervée qu'elle criait et ne voulait pas qu'on finît l'opération, la fatigue extrême de l'opérateur par-

rencontré l'oblitération susdite, lorsque, l'an dernier, je crus en avoir sous les yeux un exemple.

Une fille de Calais, âgée de 20 ans, atteinte de fistule à la suite de sa première et unique couche, entra dans mon service à la Pitié pour être opérée.

La perforation, admettant sans peine le bout du doigt indicateur, était transversalement située à 3 cent. 1/2 environ du méat urinaire; les lèvres en étaient souples et mobiles, la postérieure très-visible, l'antérieure, au contraire, un peu enroulée et réfléchie du côté de la cavité vésicale, circonstance qui d'abord ne fixa pas mon attention. Le vagin, simple et extensible, n'était sillonné par aucune bride cicatricielle. L'incontinence était complète dans toutes les attitudes. Le cas me semblait des plus simples, lorsque l'exploration de l'urèthre me revéla une disposition insolite.

La vulve était tout à fait normale, ainsi que la partie inférieure du vagin et le méat urinaire. En revanche, la sonde introduite dans l'urèthre jusqu'à 3 centimètres de profondeur se trouvait brusquement arrêtée. Je variai la direction de l'instrument, j'essayai la sonde cannelée, le stylet boutonné très-fin, mais en vain : l'obstacle était infranchissable.

Lorsque, poussant l'instrument explorateur de la main gauche, je portais l'indicateur droit dans la vessie par la fistule, je sentais distinctement, entre le bout de la sonde et la pulpe digitale, une cloison de parties molles de plusieurs millimètres d'épaisseur. Plusieurs examens m'ayant toujours donné le même résultat, je conclus à l'existence d'une oblitération complète de l'extrémité postérieure de l'urèthre, au voisinage du col de la vessie.

Cette constatation changeait à la fois et le plan opératoire et le pronostic. Il fallait évidemment rétablir d'abord la perméabilité du canal. Rien de plus facile, il est vrai, que de perforer d'avant en arrière la cloison obturatrice, comme cela a été proposé et pratiqué déjà ; mais je n'étais pas sans quelque inquiétude sur la persistance indéfinie de cet orifice artificiel, aussi bien que sur la manière dont il restait fermé dans l'intervalle des mictions. On pouvait craindre, en effet, ou qu'il s'oblitérât à la manière des ouvertures cicatricielles ou que, changé en fistules *sans sphincter*, il ne laissât persister l'incontinence.

Dans une dernière exploration faite pour décider où et comment je ponctionnerais l'obstacle, j'eus par hasard l'idée de porter dans l'urèthre une bougie à renflement olivaire de petit volume (n° 8), telle qu'on l'emploie pour dilater l'urèthre masculin : grande fut ma surprise quand je vis la bougie pénétrer profondément et quand je la sentis dans la cavité vésicale en contact avec mon doigt porté par la fistule. Une seconde bougie, presque aussi volumineuse que la

sonde métallique, pénétra tout aussi aisément ; grâce à sa flexibilité, elle avait contourné l'obstacle et s'était pliée presque à angle droit au niveau du col de la vessie. Quant à la sonde d'argent, elle ne parvenait pas davantage dans la vessie.

La nature de l'obstacle était désormais établie : il était constitué soit par une coudure de l'urèthre, au voisinage de son entrée dans la vessie, soit peut-être par le col vésical lui-même, dont la lèvre postérieure se soulevait en valvule, comme cela s'observe chez l'homme. Dès lors on comprenait aisément l'arrêt d'un instrument rigide et la pénétration facile d'un corps flexible.

Néanmoins, si la perforation n'était pas nécessaire, il fallait cependant redresser le canal ou abattre la barrière verticale obturant le col, car dans la suite et après la guérison de la fistule, cette barrière ou déviation aurait pu gêner l'émission naturelle de l'urine.

Une incision linéaire médiane aurait certainement remédié d'un seul coup à cette disposition vicieuse, mais je préférai chercher à abaisser doucement la saillie ; en conséquence, un tube en caoutchouc fut porté par l'urèthre jusque dans la vessie, puis ramené par la fistule par le vagin et jusqu'à la vulve, les deux chefs de l'anse furent ensuite réunis à l'intérieur. J'espérais que la pression élastique redresserait le trajet uréthro-vésical ; c'est ce qui eut lieu, en effet : au bout d'une dizaine de jours, la sonde métallique était facilement et directement conduite jusque dans la vessie.

Quelque temps après je suturai la fistule. Un point manqua et laissa un pertuis très-fin, que je cautérisai plus tard avec le galvanocautère.

La malade repartit pour Calais, guérie de son infirmité. Je suppose que la cure ne s'est pas démentie.

J'ai, tout récemment encore, rencontré la déviation en question, mais dans des circonstances différentes, c'est-à-dire que je l'ai reconnue, non pas avant, mais après l'opération terminée. J'aurais été fort embarrassé, je l'avoue, si je n'avais pas été éclairé par le fait précédent.

Le mois dernier j'opérais un fistule en forme de boutonnière dont les lèvres, longues de près d'un centimètre, étaient à peine distantes de 2 à 3 millimètres. Au début, la perte de substance avait été certainement beaucoup plus considérable, car une bride cicatricielle correspondant au bord antérieur de la fistule s'étendait transversalement d'un côté à l'autre du vagin. La perforation était médiane et l'issue exactement à 4 centimètres du méat urinaire.

Ayant, au préalable, exploré l'urèthre avec la sonde utérine, qui me parut pénétrer sans peine dans la vessie, je ne soupçonnai d'abord rien d'anormal ; je procédai à la suture. L'avivement oblique largement fait comme de coutume, je passai cinq fils d'argent d'avant en arrière, pour avoir une réunion transversale.

La malade reportée dans son lit, je me mis en devoir de placer la sonde de Sims ; mais malgré tous mes efforts, je ne pus l'introduire au-delà de 3 centimètres ; elle semblait invinciblement arrêtée au col vésical.

Conformément aux règles du procédé américain, j'avais conduit mes fils dans l'épaisseur seulement de la cloison vésico-vaginale, *sans pénétrer dans la vessie* ; cependant j'eus un instant la crainte d'avoir été trop en avant, c'est-à-dire d'avoir compris dans mes sutures le col vésical, qui se fût, par conséquent, trouvé fermé. S'il en eût été ainsi, il eût fallu nécessairement enlever au moins les fils du milieu et les réappliquer.

Une chose cependant me rassura : je ne touchais avec le bout de la sonde aucun des fils métailliques, que j'aurais dû rencontrer cependant s'ils avaient transpercé la muqueuse du col. Je songeai sur-le-champ à la possibilité d'une déviation angulaire de l'urèthre ou à la formation d'une barrière verticale au niveau de la lèvre postérieure du col vésical. Mon hypothèse fut bientôt confirmée, car je pus entrer dans la vessie avec une sonde flexible de 3 millimètres, qui donna incontinent issue à l'urine.

Le lendemain, je remplaçai cette sonde à lumière trop étroite par une autre en caoutchouc rouge, plus volumineuse, mais qui, grâce à une extrême souplesse, pénétra du premier coup et qui sans doute redressa l'urèthre ou abaissa la barrière vésicale, car le jour suivant, la sonde d'argent de Sims parvint à son tour et fort aisément dans la vessie.

L'incident n'eut pas de suite, et la guérison fut obtenue. Cependant j'ai noté que pendant quelques jours après l'ablation de la sonde, l'émission de l'urine nécessitait quelques légers efforts. Cependant, au bout d'une semaine, tout parut rentrer dans l'ordre.

J'ajouterai quelques courtes remarques à ces deux récits. Dans le premier cas, j'ai pu longtemps croire à une oblitération réelle de l'urèthre et j'ai été sur le point de faire une opération inutile : le diagnostic de l'obstacle au cathétérisme est donc moins facile qu'on ne pourrait le penser tout d'abord. Peut-être même l'erreur a-t-elle été déjà commise, car il paraît que Jobert, sur treize cas d'oblitération uréthrale, aurait vu onze fois l'obstacle siéger au niveau du col de la vessie, c'est-à-dire au point précisément où je fus moi-même arrêté. A priori, on ne comprend guère comment, dans des fistules à petites dimensions, sens délabrements considérables de la cloison, le col de la vessie peut être assez complètement détruit pour que l'oblitération s'ensuive.

Au contraire, l'enroulement de la lèvre inférieure de la fistule, en d'autres termes, l'espèce d'entropion de cette lèvre s'explique assez aisément : il suffit, pour qu'elle se reproduise, que l'eschare intéresse

sant les deux couches de la cloison vésico-vaginale soit plus étendue du côté de la vessie que du côté du vagin. La rétraction inodulaire attirera naturellement en dedans la couche la moins lésée, comme une perte de substance de la conjonctive enroule la paupière en dedans. La création d'une barrière saillante, transversale et vésicale, est la conséquence de l'enroulement susdit. Il va de soi qu'au lieu de perforer cette barrière, il vaudra mieux la contourner, la déprimer, au besoin l'inciser sur la ligne médiane.

Dans mon second cas, la disposition valvulaire du col existait à un faible degré avant l'opération; mais elle a été augmentée sans nul doute par le rapprochement forcé que les sutures ont produit sur le seul feuillet vaginal de la cloison Ce rapprochement a créé, du côté vésical, une saillie valvulaire analogue à celle qui se voit dans l'intestin grêle, quand on le suture par le procédé de Lambert.

Je ne veux pas donner à ce sujet plus de développement qu'il n'en mérite, mais indiquer seulement qu'il y a de nouvelles recherches à faire sur l'oblitération uréthrale dans les fistules vésico-vaginales. Il serait à désirer que les chirurgiens qui rencontreront cette lésion si rare publiassent en détail leurs observations.

Discussion. — M. Depaul. — Les oblitérations réelles de l'urèthre, consécutives aux eschares produites par un accouchement difficile, sont au moins aussi fréquentes que les déviations signalées par M. Verneuil, et j'en ai observé un cas encore tout récemment à l'hôpital des Cliniques : l'urèthre était interrompu dans l'étendue d'un centimètre et demi. La malade, affligée d'une incontinence d'urine dans les premiers temps, pouvait retenir plus tard plus d'un verre de ce liquide. Un fait semblable, consigné dans les publications de la Société (V. *Bullet.* de 1863, 2e série, t. IV, p. 432 et 514), a été rapporté par M. Duboué, de Pau, qui a inventé, à cette occasion, un instrument spécial pour y remédier.

Il n'y a donc pas eu erreur de diagnostic dans tous les cas où l'on a constaté une oblitération de l'urèthre. Quand celle-ci existe, la première indication à remplir dans l'opération de la fistule consiste à rétablir la perméabilité du canal.

Quant aux déviations de l'urèthre, il n'est point étonnant qu'elles se produisent, vu les rétractions qu'amènent les cicatrices irrégulières consécutives à des destructions considérables de la cloison vésico-vaginale. Pour les reconnaître, il faut se servir de sondes souples, molles, susceptibles de se plier aux inflexions du canal. Mais en usant de précautions, on ne peut guère se tromper.

M. Verneuil. — L'erreur est si bien possible que je l'ai commise et que, dans un cas, j'ai été sur le point de faire une ouverture artificielle. La déviation me paraît plus commune que l'oblitération.

M. Le Fort a été obligé, dans un cas, de pratiquer une ouverture

à l'urèthre avant d'opérer la suture des bords de la fistule. En raison de la forme de celle-ci, la réunion fut faite de haut en bas. Il y eut très-peu d'incontinence, sans doute parce qu'une portion des sphincters n'avait pas été détruite.

M. Guyon, en opérant, en 1868, une fistule vésico-vaginale, a dû commencer par forer, en quelque sorte, un urèthre nouveau, au moyen d'un tube de caoutchouc laissé en place pendant plusieurs jours.

M. Verneuil. — La reconstitution du col de la vessie, fonctionnant normallement chez la malade de M. Le Fort, est un fait de physiologie pathologique intéressant, qui mérite l'attention. Dans les cas de guérison de fistules vésico-vaginales que j'ai observés, il est toujours resté une incontinence d'urine.

M. Depaul. — Dans un cas de fistule vésico-vaginale, l'incontinence diminua graduellement, et la malade finit par garder ses urines même en marchant. Le sphinter vaginal, revenu sur lui-même, fermait le vagin, transformé en réservoir urinaire.

(*Séance du 31 mars 1875.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Apoplexie pulmonaire chez un nouveau-né, survenue le troisième jour, par M. Budin, *interne des hopitaux.* — Elie D..., célibataire, âgée de 23 ans, ayant déjà accouché naturellement, entre le 2 janvier 1875, à 10 heures 15 du matin, à la Maternité. La dernière apparition des règles a eu lieu du 20 au 24 avril 1874. Présentation du sommet en O. I. D. P. réduite; l'accouchement a eu lieu spontanément à 1 heure 15 m. du soir. L'enfant, qui est vivant, est du sexe masculin et pèse 2,200 gr.

Cet enfant a été bien portant pendant les trois premiers jours lorsque le 5 janvier au soir, on constata qu'il avait de l'œdème aux membres inférieurs, en même temps ses extrémités étaient cyanosées et il respirait plus fréquemment. L'enfant, examiné le 6 janvier au matin, présentait les mêmes symptômes, de plus la face était un peu violacée, les mains, les pieds étaient froids. Il avait bien tété depuis la veille, ses fonctions digestives paraissaient bonnes. On ne trouva aucun symptôme anormal ni à la percussion ni à l'auscultation du cœur et de la poitrine. Le soir du même jour, après avoir encore pris le sein plusieurs fois dans la journée, l'enfant succomba.

L'autopsie fut faite le lendemain 7 janvier. Les deux poumons étaient le siége d'hémorrhagies par infiltration multiples. Le lobe

supérieur du poumon gauche présentait un noyau hémorrhagique, ayant envahi le 1/3 de son étendue environ, et qui partant de la superficie, s'enfonçait jusque près du hile. Dans le reste de ce lobe et dans le lobe inférieur du même poumon, on trouvait un grand nombre de petites hémorrhagies se dessinant à la surface et ayant la forme du lobule envahi.

Le poumon droit était le siége d'altérations semblables : près de la moitié de son lobe supérieur droit était envahie par l'infiltration sanguine: dans tout le reste de l'organe, il existait un grand nombre d'hémorrhagies beaucoup moins considérables.

Il n'a été possible de trouver aucune lésion dans les autres parties du corps.

Le péricarde et le cœur étaient absolument sains.

Le foie était congestionné, la rate avait son volume à peu près normal.

Les reins étaient gorgés de sang, mais n'offraient aucune hémorrhagie, l'estomac et l'intestin étaient sains.

Les méninges, le cerveau, le bulbe, la moelle, n'étaient le siége d'aucune lésion.

Il n'a pas été possible de trouver la cause de cette apoplexie pulmonaire vraiment considérable comme étendue. (*Séances du mois de décembre* 1874.) (*Prog. méd.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉTAT DE NEW-YORK.

Gastro-hystérotomie. — Le Dr Marlon SIMS, de New-York, après avoir fait quelques remarques intéressantes au sujet de la gastro-hystérotomie, et après avoir rappelé qu'il avait eu l'honneur de lire, à la dernière réunion annuelle, un travail sur l'ablation des fibroïdes intra-utérins par l'énucléation, dit qu'il se proposait maintenant de parler de l'ablation des larges fibroïdes utérins par la section de l'abdomen, qu'ils soient intra-utérins, interstitiels ou sous-péritonéaux. Cette opération en est aujourd'hui à ses débuts; elle en est au point où était l'ovariotomie il y a vingt ans; elle a la même opposition à vaincre; mais elle sera sans doute acceptée un jour sans conteste. Dans ce pays, elle a été pratiquée avec succès par Kimball, Buruhaia, Boyd, Storer, Dorby; en Angleterre, par Charles Clay, Fletcher et, tout récemment, par Lawson Tait. Kœberlé, de Strasbourg, a obtenu quatre guérisons sur six opérations, tandis que Péan, de Paris, rapporte l'histoire détaillée de neuf opérations avec six guérisons; Depuis la publication de son livre, son élève, Urdy, a fourni un mémoire dans lequel il rapporte que le nombre total des opérations pratiquées par Péan jusqu'à aujourd'hui est de vingt, avec quinze guérisons.

Le Dr Sims a récemment opéré deux malades atteintes de larges fibroïdes par la section abdominale. La première malade était très-affaiblie par des pertes excessives de sang. En séparant une anse intestinale de la surface de la tumeur, l'enveloppe de celle-ci fut déchirée, un vaste sinus veineux fut ouvert, et il s'écoula soudainement environ seize onces de sang. La malade ne se remit pas, et mourut du *choc* et de la perte sanguine qui avait eu lieu trente-cinq ou quarante minutes après l'opération.

Le seconde malade avait perdu de grandes quantités de sang et était très-anémiée. L'opération fut faite le 19 novembre, selon la méthode de Péan. La patiente mourut de epticémie en soixante-seize heures.

L'examen cadavérique montra le pédicule escharifié au-dessous du clamp en fil de fer. L'eschare s'étendait le long de l'incision de la paroi abdominale jusqu'au sommet de la vessie et dans l'épaisseur des ligaments larges. Il y avait dix-huit onces de sérosité sanguinolente dans la cavité péritonéale. La méthode de Péan consiste à faire un pédicule de la portion supra-vaginale du col de l'utérus et de l'attirer, comme dans l'ovariotomie, au moyen d'un clamp jusqu'à la partie inférieure de la section abdominale. Il traverse le col par un double fil métallique et fait, de chaque côté, une ligature qui comprend le ligament large correspondant. Le Dr Sims a employé la méthode de Péan dans ces deux cas, mais il n'a pas l'intention de l'employer de nouveau, et il se propose de se servir dorénavant du cautère actuel. Il montra un clamp-écraseur construit sur le principe de celui de Nott (et sur celui d'Isaac et de Taylor), au moyen duquel il désire comprimer le ligament large de chaque côté, près du corps de l'utérus, et couper ensuite, de chaque côté, le ligament avec le cautère à sa jonction avec le col. Cette section pratiquée ainsi successivement des deux côtés, il ne reste plus qu'à couper la tumeur au niveau de la portion supra-vaginale du col et à cautériser la surface. Les portions cautérisées sont alors abandonnées dans la cavité péritonéale, et, malgré la présence de l'eschare, elles contractent des adhérences inflammatoires avec les surfaces avec lesquelles elles se trouvent en contact.

Le Dr Sims montra alors un chalumeau automatique, à l'alcool, pour faire chauffer les cautères en fer.

Le Dr E. M. Moore, de Rochester, dit que ses idées, au sujet des opérations qui réclament l'ouverture de la cavité abdominale, ont, depuis quelques années, subi des changements notables, et qu'il lui semble aussi sûr ou même plus sûr de pratiquer la gastrotomie pour les tumeurs utérines que pour des kystes de l'ovaire, à cause des adhérences qui existent le plus souvent dans ces derniers. Depuis que Kimball, de Lowel, a pratiqué la première opération de cette nature, il est pro-

bable que ce procédé a été employé souvent sans que nous en ayons eu connaissance. Dans le cas du Dr Kimball, la malade se rétablit. L'été dernier, le Dr Moore a rapporté qu'il avait opéré avec succès une femme atteinte de fibroïde utérin pesant dix-sept livres. L'opération fut faite suivant le procédé que le professeur Miner, de Buffalo, a inventé pour l'ovariotomie, et qu'il appelle ovariotomie par énucléation.

Dans ce cas, il fit un pédicule en séparant une portion de la membrane séreuse de la surface de l'utérus et de la tumeur, et en amenant ce pédicule dans la plaie abdominale, où il le fixa, comme cela se fait, dans l'ovariotomie. Il forma ainsi un cul-de-sac dans lequel pouvait s'amasser le sang qui viendrait à couler et prévenait ainsi l'entrée de ce liquide dans la cavité abdominale.

Le professeur E. R. Peaslee, de New-York, appela l'attention sur quelques-unes des remarques du Dr Sims. Son expérience personnelle sur cette opération commença une semaine après que le Dr Kimball eut pratiqué son opération. La réussite de l'opération ou son insuccès dépendait, selon lui, d'une infinité de causes, et serait, tout étant au mieux, même dans l'opinion du Dr Sims, une opération dangereuse.

Péan n'opère pas indistinctement tous les cas, mais il a opéré dans un cas de tumeur fibro-cystique, lorsque la femme était presque complètement épuisée, et dans quelques cas de fibromes avec ascite, lorque la malade était presque moribonde. Le Dr Peaslee n'a vu que deux cas dans lesquels il pense que l'opération eût été praticable. Malgré ces objections, il n'est pas un adversaire de cette opération, et il pense qu'on doit l'entreprendre quand toutes les indications sont complètement remplies.

Le Dr Hurd, de Brooklyn, désire demander au Dr Sims s'il ne voit aucun inconvénient à employer le galvano-cautère pour pratiquer la section de la masse.

Le Dr Sims déclare qu'il est parfaitement disposé à s'en servir, mais qu'en même temps il ne négligera pas de placer un clamp sur le ligament large, de façon à prévenir l'hémorrhagie. (*The medical Record*. New-York, février 1875. Traduit de l'anglais, par le Dr A. Leblond.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Histoire de la génération chez l'homme et chez la femme, par le Dr David Richard. Ce volume, qui comprend plus de trois cents pages est enrichi de huit planches chromolithographiées qui donnent une idée très-exacte de la conformation des organes génitaux de l'homme et de la femme.

Cet ouvrage, qui s'adresse surtout aux gens du monde, n'est point comme la plupart des livres du même genre une compilation sans valeur dans laquelle les faits scientifiques sont travestis de façon à frapper l'imagination d'un lecteur ignorant.

Les faits sont exposés d'une façon nette et simple, et les termes techniques qui seuls sont de mise dans un ouvrage scientifique n'ont point été rejetés et remplacés par des expressions banales et souvent grossières ; ces termes techniques ont été cependant expliqués de façon à les mettre à la portée du lecteur.

L'ouvrage que nous allons analyser pourra être consulté avec fruit par les jeunes gens au début de leurs études médicales, alors que la lecture des traités de physiologie est si difficile et si ennuyeuse. Ils trouveront là un exposé sommaire de l'anatomie et de la physiologie des organes génitaux qui leur permettra d'ouvrir ensuite avec plus de fruit les traités classiques de physiologie.

L'ouvrage que nous analysons en revue comprend quatre parties.

La première partie est consacrée à l'anatomie normale des organes génitaux des deux sexes.

L'étude de l'anatomie normale des organes génitaux conduit naturellement l'auteur à examiner la question de l'hermaphrodisme. Il arrive à cette conclusion qu'il n'y a pas d'hermaphrodites complets, c'est-à-dire des êtres possédant à la fois des organes génitaux mâles et femelles bien développés.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, l'auteur aborde l'étude physiologique de ces organes. Il passe ainsi en revue la sécrétion du sperme, l'érection, l'ovulation, la menstruation.

Après avoir fait l'étude des fonctions sexuelles chez les individus d'âge adulte, M. David Richard étudie les différences qu'elles présentent aux diverses époques de la vie : puberté, âge viril, ménopause, vieillesse. Cette étude comprend la troisième partie de son ouvrage.

Dans la quatrième partie, se trouve l'étude de la fécondation, de la grossesse et de l'accouchement.

Polype utérin enlevé par l'anse galvano-caustique. — Le Dr Angelo Bardeaux publie dans la *Gazzetta delle cliniche* du 23 mars une note avec observation à l'appui, dans laquelle il montre que, grâce à la simplification des appareils, la galvano-caustique est maintenant à la portée de tous les praticiens.

Une femme de 40 ans, entrée à l'hôpital pour des hémorrhagies profuses et déjà anciennes dues à un polype utérin, était arrivée au dernier degré de l'anémie avec prostration considérable. A la première exploration, le spéculum de Sims montra un volumineux fibrôme pyriforme occupant le vagin et dont le pédicule, s'insinuant dans le canal utérin, allait s'insérer à la paroi supérieure de celui-ci.

Malgré les précautions prises, cet examen provoqua une inquiétante hémorrhagie.

Dès qu'un traitement approprié eut rendu ses forces à la malade, le Dr A. B... se proposa d'enlever le polype par la galvano-caustique, indiquée ici par la nécessité d'agir vite et d'épargner à la malade la moindre perte de sang en même temps que l'affaiblissement dû à la douleur. Il se servit dans ce but d'une batterie zinc-fer de Bruns dont les effets thermiques, bien qu'elle ne comprenne que deux couples, sont à peu près égaux à ceux de l'appareil de Middeldorpf. Cette batterie est aussi pourvue d'un appareil de graduation bien plus simple que les commutateurs des machines ordinaires. Il consiste en trois tiges métalliques, deux droites et une coudée, recourbées en crochet à celle de leurs extrémités qui reçoit le rhéophore, et disposées à l'autre extrémité pour être fixées au moyen d'une vis sur les pivots dont sont pourvus les disques de zinc et les cylindres de fer.

En déplaçant les tiges d'un élément à l'autre des couples, on obtient trois combinaisons dont la plus puissante est celle dans laquelle fonctionnent tous les éléments de l'appareil; la seconde, plus faible, est fournie par le zinc et le fer du premier couple avec le zinc du deuxième; la troisième, par les éléments d'un seul couple.

Tous les préparatifs faits, la femme fut placée à quatre pattes sur le lit, les fesses bien relevées. Le polype fut saisi et tiré au dehors par une forte pince, et son pédicule fut entouré par l'anse de platine qu'on fixa alors dans la poignée. On fit passer le courant et par des mouvements de va-et-vient de la vis qui communique avec les bouts de l'anse, on régla les différents temps de la section qui fut rapidement terminée sans le moindre accident. Il ne s'écoula pas une goutte de sang, bien que le fil de platine fût très-mince, et la malade n'éprouva aucune douleur appréciable. A. B..., pour s'assurer de la destruction complète du néoplasme, éteignit sur son implantation un gros cautère à porcelaine, chauffé par la plus forte combinaison de la batterie.

Réaction locale consécutive très-faible, l'eschare se détacha peu à

peu sans hémorrhagie. Traitement borné à quelques injections détersives d'eau phéniquée. Mais l'état général resta très-mauvais pendant quelques jours. Vomissements, diarrhée, frissons. Epistaxis répétées qui cédèrent subitement par l'emploi endermique de l'ergotine. Enfin amélioration lente, puis guérison complète.

A. B... insiste sur les avantages de la galvano-caustique dans ce cas. Absence de douleur, rapidité de l'opération, application commode et facile, bien qu'au fond du vagin, absence de réaction inflammatoire, et surtout hémostase parfaite, si précieuse dans ce cas particulier. Il préconise enfin la batterie zinc-fer de Bruns très-simple et très-peu coûteuse, avantages inappréciables pour les praticiens de la campagne. VIAULT.

VARIÉTÉS.

De l'absorption des médicaments chez les nouveau-nés par le lait de la nourrice. — Certains principes introduits dans l'économie de la femme qui allaite peuvent être éliminés par le lait ; c'est là un fait qui vient d'être mis hors de doute par le Dr Lewald.

La relation des expériences entreprises à ce sujet par ce médecin distingué a eu lieu dans les *Annali universali di medicina e chirurgia* du mois de mai 1875, et dans le *Lyon médical* du 20 juin 1875.

Les substances que l'auteur a examinées au point de vue de leur élimination par le lait sont : le fer, le bismuth, l'iode et ses composés, l'arsenic, le plomb, le zinc, l'antimoine, le mercure, l'alcool et quelques narcotiques. Il s'est servi de la chèvre dans ses nombreuses expériences. Une dose connue du médicament était administrée à l'animal et quelque temps après le lait était méthodiquement examiné.

Voici les principales conclusions qui découlent des très-nombreuses expériences de l'auteur :

1° On peut administrer au nourrisson une plus grande quantité de fer par le lait de la mère que par quelque autre moyen que ce soit;

2° Le bismuth s'élimine également par le lait; on l'y trouve quelque temps après l'ingestion, mais en très-petites quantités;

3° L'iode n'apparaît dans le lait que quatre-vingt-seize heures après son ingestion. L'iodure de potassium, donné à la dose de 2,50 gr. par jour, y paraît quatre heures après son ingestion et l'on continue à l'y constater pendant onze jours ;

4° L'arsenic apparaît dans le lait au bout de dix-sept heures, et son élimination n'est complète qu'en soixante heures;

5° Quoiqu'une des préparations les plus insolubles, l'oxyde de zinc s'élimine cependant par le lait, et il est probable qu'il en est de même

des autres composés de zinc; un gramme d'oxyde de zinc se retrouve dans le lait au bout de quatre à huit heures, et il disparaît aussi vite que le fer, car après cinquante ou soixante heures on n'en trouve plus dans la sécrétion mammaire;

6° L'élimination de l'antimoine est un fait aussi incontestable; il sera bon d'en tenir compte dans l'allaitement. On peut en dire autant des préparations mercurielles;

7° Il n'est pas démontré que l'alcool et les narcotiques soient éliminés par le lait;

8° Le sulfate de quinine passe très-bien dans le lait, on pourra donc guérir un nourrisson de la fièvre intermittente en administrant le sel quinique à la nourrice.

Nous venons de voir que d'après le Dr Lewald les narcotiques ne seraient pas absorbés par le lait, cependant le fait suivant que nous rapporte le *Scalpel*, d'après le *Journal de médecine et de chirurgie de la Nouvelle-Orléans*, tend à prouver que les narcotiques peuvent parfaitement être éliminés par la glande mammaire et même déterminer des accidents graves.

Une nourrice soumise à des préparations opiacées à assez fortes doses communiqua à son nourrisson de sept semaines un narcotisme qui dura vingt-six heures et faillit l'emporter.

Ce fait, ainsi que les expériences du Dr Lewald, nous enseignent que nous ne devons pas perdre de vue l'enfant de la femme qui allaite lorsqu'il s'agit d'administrer des médicaments d'une certaine énergie.

Nouveau journal de gynécologie.—Un nouveau journal d'obstétrique et de gynécologie vient de paraître en Allemagne sous le nom de *Zeitschrift für Geburtshulfe und Frauenkrankheiten.*

A la tête de la rédaction se trouvent placés Edouard Martin, professeur d'accouchements et directeur des cliniques de gynécologie et d'obstétrique de l'Université de Berlin, et Fasbender, privatdocent près la même Université.

Ces auteurs se proposent surtout de publier le compte-rendu de la Société de gynécologie de Berlin. Cette publication ne sera point périodique; les fascicules doivent paraître à mesure que les travaux originaux se produiront.

Lavement de chloral. — M. Dujardin-Beaumetz a fait part à la Société de thérapeutique, dans la séance du 26 mai, qu'il avait essayé avec succès la nouvelle formule de lavement de chloral donnée par M. Griffiths. Comme ces lavements peuvent être employés, soit dans les accouchements, comme l'a indiqué M. Chouppe, dans un article

que nous avons publié précédemment, soit dans les cas de douleurs vives dépendant d'une maladie utérine, nous croyons utile de reproduire ici cette formule :

R. Hydrate de chloral.. 3 à 4 gr.
Jaune d'œuf.......... 1.
Lait.................. 150 à 200 gr.

Les malades conservent très-bien le lavement sans éprouver la moindre sensation de cuisson.

Parturition trigémellaire. — Madame Douchet, concierge, rue Dareau, 91 (14e arrondissement), est accouchée de trois enfants vivants, deux garçons et une fille. La mère, âgée de 35 ans, accouchait pour la troisième fois. Les garçons qui étaient dans la même poche amniotique, sont venus d'abord à une heure d'intervalle ; la fille, renfermée dans une seconde poche, est sortie une demi-heure après le dernier garçon. Tous trois sont bien conformés et paraissent assez vigoureux, surtout le premier garçon et la fille.

Accroissement considérable des décès par fièvre puerpérale à Londres. — Les cas de mort dus à cette maladie enregistrés à Londres en 1871 n'étaient que de 182. Durant les trois dernières années ils se sont accrus de façon à s'élever à 251 en 1872, à 306 en 1873 et à 456 en 1874. Pendant les treize premiers semaines de cette année 82 décès ont été attribués à cette cause, et bien que ce nombre surpasse de 14 la moyenne des cas observés pendant la période correspondante des dix dernières années, il est cependant inférieur de 41, à celui du premier quart de l'année 1874. La maladie existe maintenant à l'état épidémique dans beaucoup de quartiers de la ville.

Nous sommes heureux d'annoncer que notre collaborateur, M. le Dr Burdel (de Vierzon) a été nommé récemment membre correspondant de l'Académie de médecine.

Le concours d'agrégation en chirurgie et en accouchements, commencé le 1er avril dernier, s'est terminé par la nomination de M. Chantreuil dans la section d'accouchements.

NOMS des Établissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	60	»	3	»	»	3	»	5.00	»	»	5.00	1 (1	4 (2)
Pitié........	93	1	4	»	»	5	1.07	4.30	»	»	5.37	»	2 (3)
Charité.......	112	1	»	»	»	1	0 89	»	»	»	»	»	»
Saint-Antoine.	33	9	»	»	»	9	27.27	»	»	»	27.27	»	»
Necker.......	38	4	1	»	»	5	10.52	2.63	»	»	13.15	»	1 (4)
Beaujon......	45	4	1	1	»	6	8.89	2.22	2.22	»	13.33	»	1 (5)
Lariboisière...	223	6	3	»	»	9	2.69	1.34	»	»	4 03	»	5 (6)
Saint-Louis...	224	1	1	»	»	2	0.44	0.44	»	»	0.88	1	»
Lourcine.....	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres).	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	833	26	13	1	»	40	3.12	1.56	0.12	»	4.80	2	13
Services spéciaux													
Cochin.......	184	2	»	»	»	2	1.08	»	»	»	1 08	»	1 (7)
Cliniques.....	148	»	5	1	2	8	»	3.39	0.67	1.34	5.40	»	»
Mson d'Accouchem.	267	»	4	»	»	4	»	1.49	»	»	1.49	1	»
TOTAL.......	599	2	9	1	2	14	0.34	1.50	0.16	0.33	2.33	1	1

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	2652	1	0.03
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	550	»	»

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

(1) Péritonite puerpéralo
(2) Deux cas de péritonite puerpérale.
(3) Péritonites puerpérales.
(4) Fièvre puerpérale.
(5) Id.
(6) Quatre cas de fièvre puepérale.
(7) Fièvre puepérale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Instrument destiné à faciliter l'ablation des végétations de l'urèthre chez la femme, par le Dr Thomas BRYANT. (*Obstetrical Journal*. juillet 1875, p. 247.)

Ovariotomie pratiquée deux fois chez la femme, par SPENCER WELLS. (*Obstetrical Journal*, juillet 1875, p. 243.)

Tumeur pédiculée de l'aréole de la glande mammaire, par MAC SWINEY. (Dublin pathological Society, janvier 1875, in *the Dublin Journal*, mai 1875, p. 484.

Cas de grossesse extra-utérine, par John DENHAM. (Obstetrical Society of Dublin, mars 1875, in *the Dublin Journal*, avril 1875, p. 357.)

Du vaginisme, par BOUCHUT. (*Gaz. des hôp.*, 1875, p. 403.)

Sur la structure de la membrane muqueuse et ses changements périodiques, par John WILLIAMS. (*The Obstetrical Journal*, mars 1875, p. 753.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule et des moyens qui peuvent remplacer cette opération, par le Dr Adolphe PINARD. Thèse d'agrégation. J.-Baillère, éditeur, Paris, 1875.

Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement? par le Dr DE SOYRE. Thèse d'agrégation. Delahaye, éditeur, Paris, 1875.

Des dispositions du cordon (la procidence exceptée) qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement, par le Dr G. CHANTREUIL. Thèse d'agrégation. J.-B. Baillère, éditeur, Paris, 1875.

De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, par le Dr Samuel POZZI. Thèse d'agrégation. Masson, éditeur, Paris, 1875.

Des kystes hydatiques du foie considérés au point de vue de la marche et du traitement, par le Dr Alphonse-Pierre DUCLAUX Thèse de Paris, 1875.

Ein neues perforationsverfahren, par le Dr COHSTEIN, privatdocent à l'Université de Berlin.

Die therapie bei Beckenenge, par le Dr COHNSTEIN.

Ueber Zangenapplication bei Beckenenge, par le Dr COHNSTEIN.

Beitrag zur Wendung auf den Fuss und Extraction des Kindes bei Beckenenge, par le Dr COHNSTEIN.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT. imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince. 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDES TÉRATOLOGIQUES.

DE LA POLYGNATHIE CHEZ L'HOMME

Par le Dr E. Magitot,
Membre de la Société de chirurgie, etc.

(Suite et fin) (1).

Voici la relation, jusqu'à présent inédite, de M. Faucon (2) :

« *Note sur un cas de difformité congénitale de la mâchoire et de la lèvre inférieures du cou et du sternum.*

« Au mois de mai 1868, je fus appelé dans les environs de Cambrai, à Villers-Guislain, pour visiter une enfant qui était venue au monde avec la difformité représentée planche I, figure 1. Il m'a été malheureusement impossible d'obtenir des parents l'autorisation de faire prendre la photographie de cette enfant, qui depuis sa naissance était cachée à tous les regards.

(1) Voir le numéro précédent.

(2) L'observation de M. Faucon avait été adressée à la Société de chirurgie à l'appui de sa candidature, et nous avions été chargé, comme rapporteur d'une commission, de la faire connaître. La nomination de l'auteur, comme membre correspondant, n'a pas permis de lire le rapport. Telle est la raison qui a retardé la publication d'un fait si intéressant à tant de titres.

Pour faciliter la description d'un pareil phénomène pathologique, j'ai cru devoir rattacher les détails complexes qu'elle présentait aux cinq chefs suivants :

1° Solution de continuité des parties molles de la lèvre inférieure;
2° Fissure du maxillaire inférieur;
3° Tumeur du corps du maxillaire;
4° Etat de la peau et des parties profondes du cou;
5° Bifidité du sternum.

1° *Solution de continuité de la lèvre inférieure.*

La lèvre inférieure est divisée dans toute son épaisseur à 0m,015 de la commissure droite, depuis son bord libre jusqu'à la base de la mâchoire inférieure. Il ne reste de cette lèvre qu'un lambeau adhérent à la joue droite, dont le bord horizontal est normal, et dont le bord vertical, légèrement ondulé, est recouvert par la muqueuse buccale. Le cul-de-sac gingival se trouve à sa hauteur ordinaire. Le reste de la lèvre est méconnaissable et confondu avec la tumeur.

2° *Fissure du maxillaire inférieur.*

La division osseuse comprend toute la hauteur et toute l'épaisseur du maxillaire inférieur. Elle correspond à la division des parties molles, et siége sur le côté droit du corps de l'os, à peu près à égale distance de la branche montante et du siége normal de la symphyse. Le fragment qui est attaché à la branche droite du maxillaire présente un bord vertical, et pour le reste une configuration normale. Du côté gauche de la fissure, le corps de l'os est complètement transformé en une tumeur que j'étudierai tout à l'heure. L'écartement des deux fragments de la mâchoire varie suivant les mouvements spontanés ou provoqués de celui de gauche qui est excessivement mobile; il est facile d'introduire plusieurs doigts dans ces hiatus; il est possible aussi de rapprocher les deux parties de la mâchoire jusqu'à coaptation. Quand on laisse les choses en place, on trouve à ce niveau une rigole verticale profonde au fond de laquelle on aperçoit la langue et par où s'écoule la salive.

3° *Tumeur du corps du maxillaire* (planche I, fig. 1).

C'était une tumeur irrégulière, de la grosseur environ d'un œuf de dinde, qui pendait au devant du cou jusque sur la poitrine, en attirant la tête dans une attitude penchée en avant vers la gauche. Lorsqu'elle était revêtue des parties molles, on pouvait lui considérer un sommet, une base, deux faces et deux bords.

Le sommet, dirigé en bas, était formé par ce qui aurait dû être le bord inférieur du maxillaire, et recouvert d'une membrane résistante, assez épaisse et adhérente à l'os. Chose remarquable, à la limite gau-

che de la tumeur, cette membrane est traversée par deux saillies coniques que les parents avaient vu poindre six semaines auparavant, et qu'on reconnaissait très-bien pour des portions de dents.

La base de la tumeur regarde en haut vers la mâchoire supérieure; son diamètre transversal est de quatre centimètres et demi ; son diamètre antéro-postérieur de deux centimètres. Elle présente une surface arrondie, recouverte par une muqueuse, et sur le milieu de laquelle on sent une petite crête transversale, qui porte à son extrémité gauche une petite molaire et une incisive.

La face postérieure fait saillie dans l'intérieur de la bouche; elle donne insertion aux divers plans qui forment le plancher de cette cavité.

La face antérieure est recouverte dans un tiers de sa surface à droite par une muqueuse, dans les deux autres tiers par une peau considérablement hypertrophiée. Cette hypertrophie de la peau forme une tumeur globuleuse très-épaisse et très-résistante.

Le bord droit est libre et épais; il est recouvert d'une muqueuse épaisse et résistante, qui laisse voir par transparence une crête osseuse arrondie, dirigée dans le sens vertical et au niveau de laquelle elle est plus mince.

Quant au bord gauche, il se continue, à un centimètre avant d'arriver à la commissure, avec le reste du corps de la mâchoire, qui est sain et présente deux petites molaires régulièrement développées. Il reste ainsi un centimètre de lèvre normale attenante à la joue gauche.

Cette tumeur présente une consistance variée suivant les points; en certains endroits on perçoit très-facilement une dureté osseuse; dans d'autres cela n'est pas manifeste; en aucun point il n'y a ni bruit, ni consistance parcheminés, ni fluctuation évidente ; le pannicule épais qui la recouvre gêne considérablement les recherches.

Au dire des parents de l'enfant, cette tumeur ne s'est pas notablement accrue depuis la naissance. Au bout d'une dizaine de jours, il s'est formé un petit phlegmon dans les parties molles de la face antérieure, phlegmon qui aboutit à un abcès, lequel a donné en s'ouvrant issue à une assez grande quantité de matière (je n'ai pu avoir d'autres renseignements), et qui a laissé après lui une fistule purulente qui ne s'est tarie qu'au bout de deux mois et dont on voit encore parfaitement la trace.

Cette tumeur, ai-je dit, pendait sur la face antérieure du cou jusque sur la poitrine, entraînant avec elle la portion du maxillaire à laquelle elle adhérait, et ayant déterminé la luxation du condyle correspondant, qui est venu se placer au devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique. Ce déplacement a été constaté par M. le professeur Legouest, à qui j'ai fait voir cette enfant; si j'insiste sur ce

point, c'est parce que j'indiquerai plus loin comment je suis parvenu à guérir cette luxation congénitale.

4° Etat de la peau et des parties molles et profondes du cou.

Lorsqu'on soulève la portion de la tumeur qui recouvre la face antérieure du cou, sur la ligne médiane, on trouve qu'au niveau de la région sus-hyoïdienne, dans un espace triangulaire à base dirigée en haut et à sommet en bas, et descendant jusqu'au niveau du larynx, la peau a perdu ses caractères normaux, et est transformée en une sorte de muqueuse blanchâtre, très-fine et très-lisse.

Le bord droit de cet espace triangulaire, au lieu de se présenter sous la forme d'une ligne de démarcation nette entre la peau et cette muqueuse, présente une rigole formée en partie par la peau et en partie par la muqueuse.

La peau qui se trouve située au-dessous du bord gauche présente, dans une étendue de trois à quatre centimètres, une physionomie spéciale, que je ne puis mieux comparer qu'à certaines cicatrices d'écrouelles, avec ces saillies et ces enfoncements livides si caractéristiques; deux ou trois de ces sinus ressemblaient à des orifices fistuleux; mais je n'en vis sortir aucune espèce de liquide ; ce n'étaient que de petits culs-de-sac au fond desquels s'arrêtaient bientôt les stylets et les bougies fines que j'y introduisais.

La face antérieure du cou présentait encore une autre particularité intéressante; c'est que chaque fois que l'enfant poussait des cris ou faisait un effort, on voyait se former sur la ligne médiane et sur la partie latérale gauche un boursouflement considérable qui refoulait en avant la tumeur du corps du maxillaire.

5° Bifidité du sternum.

Cette tumeur recouvrait une dernière anomalie, consistant en une échancrure profonde de la partie supérieure du sternum; cette échancrure en forme de V, exagération considérable de la fourchette sternale, présente, aujourd'hui que l'enfant à six ans, plus de quatre centimètres pour chaque bord. Au fond de la fossette, qui en résulte, on voit battre les gros vaisseaux; cette fossette se comble lors des efforts de l'enfant.

Malgré l'écoulement continuel de la salive, l'état général de l'enfant est assez satisfaisant; elle est un peu chétive, mais sa santé est parfaite. Elle ne parle pas encore; tout ce qu'on a entendu d'elle jusqu'alors se borne à quelques cris inarticulés; elle est très-intelligente, entend et comprend bien ce qu'on lui dit.

Au point de vue étiologique, il n'y a aucun antécédent héréditaire à noter; et les parents ne sont pas consanguins. Pour être complet, je

dois dire que la mère de l'enfant attribue cette difformité à une frayeur qu'elle eut au commencement de sa grossesse, en voyant cautériser le fond de la gorge d'un de ses enfants atteint d'angine couenneuse.

Lorsque je présentai cette petite fille à la Société de chirurgie, elle fut examinée par plusieurs membres, qui ne me donnèrent aucune opinion précise sur la nature du mal, mais qui furent d'avis qu'on pouvait tenter de remédier à une pareille difformité.

Les opérations que je pratiquai dans ce but sont au nombre de trois :

1° Résection de la tumeur ;

2° Restauration de la lèvre inférieure ;

3° Autoplastie destinée à remédier à la fistule salivaire.

Ire OPÉRATION. — *Résection de la tumeur.*

Elle fut pratiquée le 12 septembre 1868, dans une maison de santé située loin du centre de Paris, près du bois de Boulogne, avec l'aide de MM. les Drs Quesnoy, médecin principal, et Chambé, médecin-major à l'hôtel des Invalides.

L'enfant est anesthésiée par quelques inhalations de chloroforme.

Je pratique à un centimètre de la commissure gauche et en dehors de l'appendice charnu décrit sur la face antérieure de la tumeur, de manière à conserver le plus de lèvre possible, une incision verticale comprenant toute l'épaisseur de la lèvre inférieure, et étendue de son bord libre à la base du maxillaire ; la coronaire labiale qui est sectionnée est immédiatement liée.

Cela fait, je détache le lambeau de la face du maxillaire jusqu'au point où je reconnais à celui-ci son épaisseur normale ; après avoir à ce niveau enlevé une incisive avec le davier, et passé une scie à chaîne derrière le maxillaire au niveau de l'alvéole vide, je résèque l'os.

L'artère dentaire inférieure donne lieu à une légère hémorrhagie qui, ne cédant pas à la compression pratiquée avec le doigt pendant quelques instants, fut arrêtée par l'application sur l'orifice d'un vaisseau de la pointe d'un cautère conique rougi.

Comme j'avais incliné la tête de l'enfant en avant, le sang n'avait pas de tendance à couler vers la gorge ; et je n'eus qu'à extraire quelques petits caillots qui s'étaient formés dans la bouche au voisinage de la plaie.

La tumeur se trouvait alors suspendue aux parties molles du plancher de la bouche, qui s'y inséraient transversalement sur une étendue de quatre centimètres et demi environ.

Craignant de trouver dans ces parties molles des vaisseaux anormalement développés sous l'influence de cette tumeur, dont j'ignorais la nature, et pour éviter une hémorrhagie fâcheuse à cet âge, je

ne voulus pas d'abord les détacher avec le bistouri. J'en étreignis la moitié dans l'anse d'une chaîne d'écraseur, qui me servit à faire la section ; et pendant cette section nous vîmes s'écouler environ une cuillérée à bouche d'un liquide filant, renfermant quelques grumeaux blanchâtres, indice de la présence d'un kyste à la face postérieure de la tumeur. La section avec l'écraseur nous ayant pris beaucoup de temps, j'étreignis ce qui restait par une ligature en masse, et en fis l'ablation en avant du fil. Une artériole, située dans les parties molles derrière la section du maxillaire, s'étant mise à donner alors, fut liée.

Je dois dire que pour éviter le refoulement de la langue en arrière au moment de la section des génio-glosses, et les accidents qui auraient pu en résulter surtout avec l'emploi du chloroforme, j'avais au préalable traversé la langue dans toute son épaisseur à sa base avec un fil d'argent, que j'avais confié à un de mes aides, me conformant en cela au précepte de Delpech ; je l'avais vu faire dans un cas analogue par mon maître M. Sédillot.

Quand la tumeur fut enlevée, nous trouvâmes sous nos yeux une toute petite plaie, et un vaste hiatus, bordé de chaque côté par la surface de section de la lèvre et du maxillaire, section chirurgicale à gauche, pathologique à droite, et dans le fond duquel nous apercevions la langue pendante, et recouvrant la plaie horizontale.

La partie restante du corps du maxillaire à gauche conserve la position que lui avait imposée le poids de la tumeur, et descend jusque vers la partie moyenne du cou. Sur la surface de section de l'os on voit un alvéole ouvert dans sa partie supérieure, et renfermant une petite molaire qui, n'ayant pas été ébranlée, est laissée en place.

La perte de sang avait été insignifiante et je laissai se réveiller l'enfant avant d'appliquer le pansement. Elle se mit à crier ; la langue se releva, mais elle ne montra *aucune* tendance à se refouler vers l'isthme du gosier, et par suite à faire naître les accidents de suffocation que nous aurions pu craindre. Je note ce fait d'une manière spéciale, parce qu'il ne concorde pas avec ce qu'ont écrit les auteurs sur ce point, ni avec ce que j'ai eu l'occasion de voir depuis dans une résection du corps du maxillaire que j'ai eu à pratiquer chez un adulte. Ce qui nous frappa le plus à ce moment, c'est que pendant les cris de l'enfant, les parties situées sous la base de la langue étaient violemment projetées en avant comme les parties profondes de la face antérieure du cou; on distinguait particulièrement sous la muqueuse une des glandes sublinguales hypertrophiées, grosse comme une petite noix, facilement reconnaissable à son siége, sa forme et sa coloration; à chaque effort de l'enfant elle était lancée comme un noyau pressé entre le pouce et l'index.

Un linge fenêtré et une éponge imbibée d'eau très-fortement alcoolisée furent appliqués sur les plaies de l'opération, et maintenus par

un bandage approprié. Dans la crainte du refoulement consécutif de la langue signalé par Bégin, le fil d'argent qui traversait cet organe fut fixé au bandage.

Je prescrivis quelques cuillérées d'une potion diacodée et comme régime : eau de pain mélangée de moitié de lait, tapioca au gras ; une cuillérée de vin dans de l'eau sucrée.

13 septembre. Nuit très-bonne ; un peu de sérosité sanguinolente, teint les pièces du pansement. Imbiber le pansement avec de l'eau alcoolisée deux fois par jour ; même régime.

14. Nuit un peu agitée ; le pansement a un peu d'odeur, je l'enlève ; exsudation plastique sur les lèvres de la plaie ; salivation abondante ; pas de fièvre ; même régime.

15. Nuit bonne ; la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre et légèrement gonflée ; le fil l'a coupée dans une certaine étendue : je craignais un commencement de glossite, et fus sur le point d'enlever le fil. Je prescrivis à la sœur qui soignait l'enfant de le détacher pendant la journée, en surveillant ce qui se passerait. La glande sublinguale dont j'ai parlé est gonflée et légèrement douloureuse à la pression.

16. Nuit bonne. La ligature de l'artère coronaire est retrouvée dans le pansement. J'enlève le fil qui traverse la langue, en recommandant de la saisir avec une pince et de la maintenir jusqu'à mon arrivée, si l'enfant était prise de suffocation.

17. Nuit légèrement agitée : l'enfant a un peu de fièvre ; cela tient à une légère palatite avec soulèvement de l'épithélium, provoquée par le pansement alcoolisé. Badigeonnages fréquents avec le mellite de roses ; même pansement, même régime.

18. L'enfant ne souffre plus de la bouche ; la deuxième ligature artérielle est tombée ; on aperçoit derrière la section osseuse, qui est toujours à nu, quelques tractus celluleux sphacélés, qui cèdent à une légère traction faite avec la pince.

19. L'enfant à repris son régime ordinaire ; elle mange, boit, joue et dort comme avant l'opération. Les plaies suppurent peu, sont toujours très-propres. Chaque fois qu'on renouvelle ou qu'on imbibe le pansement, l'enfant paraît éprouver une assez forte cuisson. Réduire de moitié la proportion d'alcool.

21. En faisant le pansement je détache la ligature en masse ; les plaies sont vermeilles ; l'os se recouvre de bourgeons charnus sur la surface de section.

28. La glande sublinguale et les parties molles voisines de la plaie du plancher de la bouche, qui est presque entièrement cicatrisée, ainsi que celle de la lèvre, sont revenues à leur état normal ; la section osseuse est complètement recouverte de bourgeons charnus de bonne nature, l'état général est excellent, et l'enfant est emmenée par ses parents.

IIe OPÉRATION. — *Restauration de la lèvre.*

Ma petite opérée revint à Paris le 2 novembre ; toutes les plaies étaient cicatrisées, la section osseuse est recouverte d'un tissu inodulaire et ayant contracté des adhérences intimes à sa partie inférieure avec le lambeau correspondant de la lèvre.

Je m'attendais à retrouver les fragments rapprochés l'un de l'autre sous l'influence du tissu cicatriciel ; il n'en était rien ; ils étaient très écartés l'un de l'autre, le gauche sur un plan plus inférieur que le droit ; la langue pendait entre les deux : bref, à part l'absence de plaie, je retrouvai cet hiatus dans le même état qu'après l'opération.

J'entrepris le 6 la restauration de la lèvre, avec le concours de M. le Dr Chauvel, actuellement professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

Deux incisions furent pratiquées l'une à droite l'autre à gauche horizontalement le long du bord inférieur du maxillaire. Les deux lambeaux de lèvre furent disséqués et détachés de leurs adhérences jusqu'à ce qu'il me fut possible de les amener au contact sur la ligne médiane, sans tiraillement. J'avais à craindre que le succès de la réunion ne fût compromis par la saillie des deux fragments mobiles du maxillaire et surtout par cette projection des parties molles, sur laquelle j'ai déjà appelé l'attention. A chaque cri, à chaque effort de l'enfant, en effet, les parties molles du fond de la bouche venaient proéminer en avant, en écartant les portions du maxillaire, et soulevant la langue.

Ayant remarqué qu'en rapprochant le plus possible ces fragments l'un de l'autre et les maintenant immobiles, cet inconvénient était évité, je les perforai successivement à quelque distance de leur bord vertical et le plus bas possible pour éviter les follicules dentaires, et après avoir introduit par les perforations un fil d'argent double, je les rapprochai le plus qu'il me fut possible : de cette manière je n'avais plus à craindre qu'un mouvement brusque, un cri ou de la toux vinssent arracher mes sutures.

J'y trouvai un autre avantage, ce fut de ramener le fragment gauche du maxillaire à une hauteur normale, et de faire rentrer le condyle luxé. J'avais ainsi l'espoir qu'au bout d'un certain temps les ligaments relâchés recouvreraient leur action physiologique, et feraient disparaître la luxation.

J'étais alors dans d'excellentes conditions pour réunir mes lambeaux, ce qui fut fait, après avivement, au moyen de trois points de suture entortillée.

Pendant la première partie de l'opération, l'enfant était chloroformée ; mais dans la crainte d'accidents de suffocation lors du rapprochement des fragments osseux, je la laissai se réveiller avant de fermer le nœud. Du reste, les bouts du fil d'argent furent amenés au dehors et il eût été facile de relâcher ce nœud en cas de besoin.

La suture est soutenue par l'appareil ordinaire de contention du bec-de-lièvre, avec la bande à deux globes et des compresses graduées sur la joue.

7. L'enfant a été calme; le bandage est souillé d'un peu de sang pur. Il n'y a pas de sang dans la salive qui mouille le pansement dont le cou est garni. Lait et eau panée.

8. Même état; l'enfant dort bien. Potages.

9. Je voulus voir à quel point nous en étions; mais comme à ma vue l'enfant poussait des cris, avant d'enlever le bandage contentif, je la chloroformisai; pas de gonflement au niveau des points de suture. Les épingles tiennent solidement; la solution de continuité est réunie au niveau du bord libre de la lèvre.

10. Chloroformisation. Je fais soutenir et avancer les joues par un aide, et j'enlève les épingles et les fils. Réunion parfaite dans toute l'étendue. J'applique sur la cicatrice quelques petites bandelettes imprégnées de collodion et imbriquées les unes sur les autres.

14. L'enfant est remise de l'opération, et la cicatrice est assez solide pour n'avoir plus besoin d'être soutenue.

La lèvre inférieure est reconstituée et elle a moins d'étendue transversale que la supérieure; tandis que celle-ci est plissée et sur un plan antérieur, l'autre est tendue et sur un plan postérieur.

III° OPÉRATION. — *Tentatives d'autoplastie, pour fermer complètement la cavité buccale et s'opposer à l'épanchement de la salive.*

Un mois environ après la seconde opération, voici quel était l'état de l'enfant.

La santé générale est bonne ; la lèvre inférieure restaurée s'est distendue et présente les mêmes dimensions transversales que la supérieure; l'excavation profonde qui avait suivi l'ablation de la tumeur du maxillaire est fermée en avant par cette lèvre; l'ouverture buccale, un peu irrégulière, peut se fermer quand l'enfant rapproche les deux lèvres. Au lieu de se continuer inférieurement avec la peau du cou, la lèvre inférieure présente à ce niveau un bord cicatriciel qui est libre dans tout l'espace qui sépare les deux fragments du maxillaire.

Sous ce bord inférieur se trouve une solution de continuité transversale, qui fait communiquer largement la cavité buccale avec l'extérieur, et par où s'écoule la salive, surtout abondante au moment des repas de l'enfant.

La région mentonnière n'offre pas la saillie normale, elle est aplatie; cette disposition se remarque surtout quand on regarde la face et le cou de profil.

Je présentai de nouveau cette enfant à M. Legouest, qui constata, à ce moment, qu'elle prenait une forme humaine. Mon maître m'ayant

demandé l'explication de la présence du fil d'argent qui sortait par la bouche, je lui exposai quel avait été mon but en rattachant ainsi le fragment de gauche à celui de droite, et il constata avec moi que le condyle avait repris sa position normale.

Je recherchai avec lui quelle pouvait être la texture de la tumeur qui se produisait au cou lors des efforts de l'enfant; mais, comme l'examen était excessivement difficile, nous dûmes rester indécis sur le point de savoir si nous avions affaire à une hernie de la muqueuse trachéale, ou à une dilatation de la veine jugulaire interne.

Restait donc à obturer cette large fistule salivaire, opération que j'entrepris avec mon ami M. le Dr Chauvel.

Je taillai deux lambeaux quadrilatères d'environ 4 centimètres de hauteur et 3 centimètres de largeur.

Je m'étais servi, sur le conseil de M. Legouest, pour tailler le lambeau de gauche, du tégument qui se trouvait en cet endroit, malgré sa mauvaise conformation; en le disséquant, je transformai les culs-de-sac en orifices fistuleux, mais je pouvais espérer que ces orifices seraient fermés par le travail suppuratif qui s'emparerait du lambeau.

La dissection de ce lambeau fut pénible. La peau présentait à ce niveau des adhérences fibro-cicatricielles très-intimes avec les tissus sous-jacents. Or, qu'étaient-ce au juste que ces tissus sous-jacents? Je n'en savais rien; je n'apercevais ni fibres musculaires ni aponévrose; j'étais en plein tissu inodulaire; mais ce que je savais aussi, c'est que je disséquais sur la tumeur qui se produisait lorsque l'enfant criait.

Pour savoir à quoi m'en tenir, je fis cesser les inhalations de chloroforme auxquelles j'avais soumis ma petite opérée, et, à son premier cri, j'aperçus comme une grosse sangsue bleuâtre, qui se gonflait sous mon bistouri, et qui m'indiquait que je me trouvai, à ce niveau, très-près d'une dilatation de la veine jugulaire interne, certainement plus grosse que le pouce, qui refoulait en dehors le sterno-mastoïdien. Après avoir disséqué ce lambeau avec les plus grandes précautions, j'en formai un semblable à droite, et je les ramenai alors l'un vers l'autre.

Les bords supérieurs horizontaux de ces deux lambeaux quadrilatères furent fixés par des points de suture en fil d'argent, au bord inférieur avivé de la lèvre; leurs bords verticaux furent réunis entre eux par les mêmes sutures.

Quant à leurs bords inférieurs, ils furent laissés libres, dans l'espoir qu'ils se réuniraient plus tard, par seconde intention, avec la surface saignante sous-jacente.

J'avais repris le chloroforme aussitôt que le lambeau de gauche avait été taillé.

Aucune sorte d'accidents, ni locaux ni généraux, ne suivit cette opération; et mes prévisions se réalisèrent, sauf en un point.

Les bords supérieurs de mes deux lambeaux se réunirent au bord inférieur de la lèvre par première intention; leurs bords inférieurs adhérèrent plus tard, après suppuration, à la surface sous-jacente.

Malheureusement je ne ne pus obtenir la réunion des bords verticaux entre eux. Au bout de 48 heures tous les points de suture avaient été arrachés par le gonflement du cou qui se produisait au moment des cris de l'enfant.

Au bout de quinze jours tout était cicatrisé, il n'y avait plus de traces de suppuration.

Je devais revoir cette enfant dans le courant de l'été 1870, lorsque la guerre survint et me la fit perdre de vue.

J'ai eu l'occasion de l'examiner dans ces derniers temps et voici ce que j'ai constaté :

L'enfant, qui a aujourd'hui 5 ans 1/2, est un peu frêle pour son âge, mais d'une bonne santé habituelle; elle a été atteinte de la coqueluche, il y a un an, et la convalescence n'a pas été plus longue chez elle que chez ses frère et sœur qui ont souffert de la même maladie en même temps qu'elle.

La bouche est un peu irrégulière, en ce sens qu'elle reste ordinairement entr'ouverte, la lèvre inférieure étant un peu attirée en bas par la cicatrice médiane; il n'y a pas d'encoche. Cet orifice se ferme complètement lorsque l'enfant rapproche les lèvres ou qu'elle penche légèrement la tête en avant. La lèvre inférieure est sensiblement sur le même plan que la lèvre supérieure.

L'enfant parle d'une manière très-intelligible et prononce facilement tous les mots.

On trouve au cou un orifice vertical de 3 centimètres de hauteur, par où s'écoule continuellement la salive, et qui est dû à la non-réunion des deux lambeaux autoplastiques, formés aux dépens des téguments de la région. Cet orifice présente un écartement de quelques millimètres entre ses deux lèvres; cet écartement dépasse un centimètre lorsque l'enfant crie ou fait un effort.

Quant aux lambeaux, celui de droite adhère aux tissus sous-jacents dans toute sa hauteur; son bord vertical, qui forme une des lèvres de la fistule, présente une rigole de quelques millimètres de profondeur, le long de laquelle s'écoule la salive. Le lambeau de gauche offre la même physionomie qu'avant l'opération, et, de plus, deux ou trois orifices fistuleux, épars sur son étendue, qui présentent deux centimètres de largeur, et par lesquels on voit sourdre la salive. Ce lambeau n'est pas adhérent profondément; il forme comme une sorte de pont en avant d'une surface qui a pris l'apparence d'une muqueuse,

et qui est continuellement baignée par les liquides qui s'écoulent de la bouche.

Les téguments voisins des fistules ne présentent aucune trace d'irritation ni aucune espèce de transformation.

Le cou, qui est continuellement baigné par la salive, est toujours garni; l'écoulement du liquide est beaucoup plus abondant au moment des repas. (Je me propose de recourir à une nouvelle tentative d'autoplastie lorsque cette jeune fille sera plus âgée, et que je pourrai obtenir d'elle le repos de la région nécessaire au succès des sutures.)

Quant aux fragments du maxillaire, ils ne présentent aucune déviation en dedans; et leurs bords alvéolaires sont tout à fait en regard des bords alvéolaires de la mâchoire supérieure.

Quoique le fragment de gauche ait à peu près repris sa position normale, il est impossible à l'enfant, lorsqu'elle mâche, de le rapprocher au contact de la mâchoire supérieure. Il est porteur de trois dents molaires.

Le fragment de droite arrive, lui, au contact du maxillaire supérieur, mais pas dans toute son étendue. Il présente deux grosses et une petite molaire; mais la mastication ne peut se faire qu'avec l'avant-dernière grosse molaire; les deux autres ne lui servent pas. Et chose curieuse, avec un appareil aussi imparfait, cette enfant mange de tout, comme les autres.

Il m'a été impossible de me renseigner plus complètement qu'il y a cinq ans sur la nature de la tumeur qui se montre au cou dans les conditions que j'ai signalées. J'ai pu m'assurer, en pratiquant une de mes opérations, qu'elle était formée, en partie, par une dilatation de la veine jugulaire interne gauche; mais cette dilatation ne saurait expliquer qu'une partie de cette tumeur. Malheureusement, quand on veut l'examiner attentivement, cette petite fille se débat, et je n'ai pu rechercher s'il n'existe pas une fissure de la trachée qui donnerait passage à une hernie de la muqueuse; mais comme mon attention a été appelée sur ce point, je m'efforcerai de l'éclaircir dans l'avenir.

Il me reste à donner quelques détails sur la pièce qui forme un des points les plus curieux de cette observation, c'est-à-dire sur la masse morbide du maxillaire.

Je pratiquai l'examen de cette pièce le jour même de son ablation, avec M. le Dr Vallin, alors professeur à l'école du Val-de-Grâce.

Recouverte des parties molles, elle pesait 90 grammes.

Ces parties molles sont constituées par du tissu cellulo-adipeux dans l'appendice charnu qui recouvre la plus grande partie de la face antérieure de la tumeur. Quant au reste, qui tapisse l'os, ou forme la

paroi des cavités que j'étudierai plus loin, c'est du tissu fibro-muqueux. On y trouve de plus, au niveau de la cicatrice dont j'ai parlé, des tractus blanchâtres, fibreux, qui résultent de la suppuration et de la cicatrisation des points correspondants.

Lorsqu'on a enlevé les parties molles, il reste un os, dont la configuration tourmentée ne rappelle plus du tout celle de la tumeur entière. Cet os présente à considérer trois faces, trois bords, et les cavités contenues dans son épaisseur.

Des trois faces, l'une est antérieure, l'autre postérieure, la troisième inférieure.

La face antérieure, très-irrégulière, est divisée en deux parties par une apophyse pyramidale, dirigée horizontalement d'avant en arrière, faisant une saillie de 1 centimètre 1/2, dont le sommet tronqué est libre, et dont la base triangulaire adhère au reste de l'os. A gauche de cette apophyse se trouve une surface osseuse, présentant plusieurs ouvertures, et représentant, comme elle, la lame externe du maxillaire. En sculptant le tissu spongieux qui forme ce plateau osseux, on aperçoit deux follicules dentaires, en partie solidifiés. A droite, la paroi osssseuse manque et se trouve remplacée par un orifice, irrégulièrement ovalaire, sur lequel je reviendrai plus loin.

La face postérieure, formée par la lame interne du maxillaire, refoulée en arrière et en haut, se présente sous la forme d'une surface légèrement convexe, lisse dans la plus grande partie de son étendue, et légèrement oblique en bas et en arrière.

La face inférieure, horizontale, est formée, dans sa moitié gauche, par une surface rugueuse; dans la moitié droite la paroi osseuse est remplacée par un orifice à peu près circulaire. Elle présente, à sa partie antérieure, des dents, qui, à l'état frais, se trouvaient recouvertes, à l'exception des deux situées à l'extrême gauche, par un tissu fibreux, semblable au bourrelet gingival.

A la partie antérieure de cette face on aperçoit cinq dents: deux qui ont l'aspect d'incisives et trois molaires. En arrière on constate la présence de plusieurs follicules de seconde dentition.

Des trois bords de l'os, le supérieur est horizontal, les deux autres verticaux, l'un à gauche, l'autre à droite.

Le bord supérieur représente le bord alvéolaire normal. On y voit, en allant de gauche à droite, un alvéole vide, qui contenait une incisive, enlevée au moment de l'opération, et une petite molaire, qui était aussi apparente. A droite de celle-ci le tissu fibro-muqueux recouvrait une autre molaire non encore sortie : enfin on trouve, encore plus à droite, un alvéole qui est vide aujourd'hui sur la pièce, mais qui, lorsque celle-ci était fraîche, renfermait un follicule, constitué par une masse molle et grisâtre, qui présentait une petite saillie pyramidale, solide, blanche et demi-transparente comme de la porce-

laine. C'était un germe dentaire ayant la forme d'une molaire, dont un tubercule se serait solidifié et recouvert d'émail.

Le bord gauche représente la surface de section faite par la scie à chaîne; on y voit un follicule de seconde dentition.

Le bord droit, assez épais, était formé en partie par une muqueuse, en partie par une petite arcade osseuse très-mince et qui a été fractionnée depuis l'ablation.

Quant aux cavités ou plutôt à la cavité multiloculaire développée dans le tissu diploïque, et contenue entre les deux lames de l'os qu'elle a déviées en se développant, c'est une loge anfractueuse, dont les différents diamètres présentent de 2 1/2 à 4 centimètres, et qui est traversée par des cloisons fibreuses, lisses sur leur surface, les unes transparentes, les autres plus épaisses, et percées d'ouvertures qui font communiquer les diverses loges entre elles.

Les parois de cette cavité sont en partie osseuses et en partie membraneuses; les parois osseuses sont constituées par les lames interne et externe du maxillaire; les parois membraneuses étaient formées par une fibro-muqueuse qui obturaient les orifices que nous avons signalés sur les faces antérieure et inférieure de la pièce.

La membrane qui tapisse les diverses loges de cette cavité et forme les cloisons qu'on y rencontre est formée de tissu connectif, dans lequel les cellules plasmatiques sont très-volumineuses, et se rapprochent des corps fusiformes du tissu fibro-plastique. Cette membrane est tapissée d'un épithélium stratifié, dont les éléments sont généralement infiltrés de graisse.

La cavité était remplie d'un liquide un peu louche par places, extrêmement filant, de la consistance d'un sirop épais : ce liquide est coagulé par l'acide acétique et ne présente aucune des réactions de l'albumine. Histologiquement, il est constitué par un liquide hyalin contenant des éléments cellulaires de nature épithéliale : ces cellules sont les unes complètes, les autres colloïdes ou graisseuses.

En résumé, cette lésion intéressante se réduit, au point de vue anatomo-pathologique, aux deux principaux points suivants :

1° Formation de cavités kystiques dans le tissu diploïque situé entre les deux lames du maxillaire inférieur.

D'après les détails recueillis dans l'examen de la tumeur immédiatement après son ablation, il n'y a nul doute que ce ne soient là des kystes folliculaires de la période embryoplastique, développés au sein des follicules dentaires hétérotopiques, surnuméraires ou non. On y rencontre, en effet, tous les éléments décrits par M. Magitot (1) dans son mémoire sur les kystes des mâchoires. J'ai été singulièrement frappé en relisant ces notes, que j'avais recueillies à une épo-

(1) *Archives gén. de médecine*, 1872-73.

que où je ne connaissais pas encore ces sortes de kystes, et auxquelles je n'ai pas changé un mot, de leur concordance avec les descriptions de cet auteur. Il n'y a rien dans la description qui puisse faire croire à la présence, dans le contenu du kyste, d'éléments représentant le bulbe dentaire; je soulignerai pourtant cette particularité de l'observation qui signale la sortie, au moment où j'ouvris la paroi postérieure du kyste pendant l'opération, de grumeaux que je n'ai ni recueillis ni examinés, mais qui pouvaient bien être des fragments dissociés de bulbes dentaires.

M. Magitot, à qui j'avais communiqué cette pièce sans pouvoir lui donner les détails de l'observation, m'avait déjà affirmé que c'était là un cas de kystes folliculaires. Les détails précités me paraissent confirmer entièrement cette opinion et me semblent de nature à ne laisser aucun doute dans l'esprit sur ce point.

2° Malformation tératologique du corps du maxillaire, caractérisée et par la présence d'un grand nombre de dents surnuméraires et par leur développement hétérotopique. M. Magitot croit qu'il s'agit ici du développement d'une double arcade dentaire, c'est-à-dire de l'adjonction à une mâchoire d'une portion d'un second maxillaire inférieur.

Je laisse à d'autres le soin d'analyser cette monstruosité, de la classer dans la catégorie à laquelle elle doit appartenir, et d'indiquer les rapports qu'elle peut avoir avec les particularités que j'ai décrites du côté de la lèvre, du cou et du sternum.

Pour moi, mon but a été de ne pas laisser perdre, pour la science, un fait qui m'a paru unique dans ses annales, et d'indiquer les efforts qu'il m'avait inspirés au point de vue de la pratique chirurgicale. »

DEUXIÈME FAIT.

Le 1er juin 1875 M. Verneuil présentait à l'Académie de médecine un enfant mort-né et une tumeur volumineuse qui adhérait à la face de celui-ci et qui fut arrachée pendant le travail de l'accouchement. Voici dans quels termes cette présentation fut faite (1) :

« M. Verneuil donne lecture du travail suivant : *Tumeur congénitale polycystique insérée à la symphyse du maxillaire inférieur et à la face inférieure de la langue. — Accouchement spontané avant terme. — Arrachement de la tumeur pendant le travail. — Examen anatomique de la pièce.*

(1) Nous avons cru devoir reproduire ici, afin d'être complet, le texte de cette relation bien qu'il ait déjà paru dans le numéro de Juillet dernier.

Je dois le fait curieux et rare que j'ai l'honneur de vous présenter à l'obligeance de MM. les docteurs Lafont et Nepveu. Le premier m'a fourni non-seulement des détails sur l'accouchement auquel il a présidé, mais la pièce pathologique qu'il n'a pu recueillir qu'à grand'peine. Le second, chef de laboratoire à la Pitié, et dont la compétence en anatomie pathologique est si connue, m'a communiqué les résultats de ses patientes investigations. L'Académie, j'en suis sûr d'avance, voudra bien remercier nos jeunes confrères de leur empressement à sauver de l'oubli un cas d'un pareil intérêt.

Le 13 janvier 1875, M. Lafont fut appelé auprès de Mme X..., âgée de 38 ans, grande, brune, très-bien conformée, et qui, dix-huit mois auparavant, avait déjà mis au monde un enfant à terme normalement constitué. Le mari est également robuste et d'une structure irréprochable. Mme X... est à la fin du huitième mois d'une grossesse qui n'a rien présenté d'insolite et qu'aucun accident n'a troublée. Le travail est en train depuis quarante-huit heures. Peu de temps après son arrivée, M. Lafont reçoit un enfant du sexe féminin, mort depuis quelques heures sans doute, et qui présente du côté de l'orifice buccal des désordres considérables.

Les lèvres sont conservées, mais largement écartées; on trouve entre elles une sorte de lambeau membraneux flottant, tapissé supérieurement par une muqueuse et inférieurement offrant l'aspect d'une surface récemment déchirée. Ce lambeau n'est autre que la langue fortement tirée hors de la bouche,

Plus bas, entre ce lambeau lingual et la lèvre inférieure, se voit une large plaie inégale, irrégulière, au fond de laquelle on retrouve sur la ligne médiane des surfaces osseuses répondant aux deux pièces du maxillaire; ou, en d'autres termes, une fracture par arrachement au niveau de la symphyse de la mâchoire inférieure.

Pendant que M. Lafont examinait cet enfant, qui d'ailleurs ne paraissait offrir aucune autre anomalie et présentait un développement normal pour son âge, un autre corps fut expulsé. C'était une tumeur plus grosse que la tête de l'enfant déjà sorti et pesant 670 grammes.

Sur un point de sa surface existait une large plaie superficielle, au centre de laquelle le doigt sentait des inégalités osseuses. Il fut aisé, en confrontant les deux surfaces saignantes, de voir qu'elles se correspondaient exactement et de reconnaître que la tumeur issue de l'orifice buccal adhérait par un pédicule assez volumineux à la mâchoire et à la face inférieure de la langue à la fois allongée, aplatie et élargie.

La rupture s'était faite au niveau des attaches maxillaires et linguales de ce pédicule, après fracture préalable de la symphyse.

Il est certainement regrettable que la marche du travail n'ait pas été observée et que nous ignorions comment s'est effectuée l'évolution fœtale; mais la faute n'en est point à M. Lafont, qui, comme nous

l'avons déjà dit, ne fut appelé qu'à la dernière heure et quand deux jours entiers s'étaient écoulés déjà depuis le début des douleurs. A son arrivée, la tête était à la vulve, c'est-à-dire que la nature avait déjà triomphé de l'obstacle. Je laisse du reste à mes savants collègues de la section d'accouchements le soin de nous dire ce qu'ils pensentde ce cas spécial de dystocie, et après avoir indiqué que les suites de couches furent tout à fait naturelles, je vais passer à l'exposé anatomique.

La tumeur est d'une consistance ferme, rappelant celle des corps fibreux utérins ; çà et là cependant elle présente des points fluctuants limités qui répondent à des cavités superficielles remplies de liquide, et des points très-durs correspondant à des noyaux cartilagineux et osseux (pl. II, fig. 1, *a*).

La surface, sauf au niveau de la déchirure, est partout recouverte d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, de la même nature que celui de la bouche. Sur la déchirure et à son pourtour, on retrouve des débris de la muqueuse et des muscles de la langue ; au centre, les fragments de la symphyse maxillaire.

Des coupes pratiquées dans la partie centrale, de façon néanmoins à ne pas détériorer la pièce, montrent que la masse morbide est constituée par une gangue fibreuse, des kystes et des noyaux cartilagineux et osseux.

L'examen microscopique à l'état frais ou après les préparations préliminaires usitées révèle la structure intime de ces parties composantes.

La gangue fibreuse renferme tous les éléments du tissu conjonctif : faisceaux fibreux, cellules fusiformes en grand nombre, cellules étoilées formant des mailles élégantes remplies de matière amorphe, cellules embryonnaires en amas plus ou moins réguliers, enfin çà et là des cellules à cils vibratiles.

Les kystes, très-nombreux, et répartis dans tous les points de la tumeur, varient beaucoup de volume et d'aspect ; le liquide qu'ils contiennent, plus ou moins visqueux, renferme à l'état libre une grande quantité de cellules épithéliales, les unes pavimenteuses, les autres cylindriques, dont quelques-unes remplies de matière colloïde sont très-volumineuses, arrondies, translucides et munies d'un noyau bien net. Les parois kystiques sont tapissées des mêmes cellules, c'est-à-dire d'épithélium pavimenteux pour les unes, et pour les autres d'épithélium cylindrique très-allongé et très-régulier.

Les noyaux cartilagineux sont de petit volume et composés de cartilage hyalin (pl. II, fig. 3).

Les masses osseuses irrégulières, perdues dans la gangue fibreuse et dans les cloisons interkystiques n'ont aucune forme précise rappelant des pièces du squelette ; elles sont disposées en aiguilles, en lamelles rameuses et composées de tissu osseux ou en voie d'ossification (pl. II, fig. 4).

Nulle part on n'a trouvé de nerfs et les vaisseaux sanguins eux-mêmes sont en très-petit nombre. En somme, cette structure peu compliquée démontrerait qu'il ne s'agit ici ni d'une inclusion fœtale, ni d'un de ces monstres décrits par Geoffroy Saint-Hilaire sous le nom d'*épignathes*, ni même d'un kyste dermoïde; serait-ce purement et simplement un néoplasme qui non-seulement adhère au maxillaire inférieur, mais encore provient de cet os lui-même?

En d'autres termes s'agit-il d'une tumeur fibro-kystique ne différant de celles que l'on observe parfois chez l'adulte que par son développement précoce remontant à la période embryonnaire.

Il est évident que la production morbide part de la symphyse, ce qui explique d'abord pourquoi elle renferme des amas d'épithélium à cils vibratiles. On sait, en effet, qu'en ce point viennent de très-bonne heure se souder sur la ligne médiane les extrémités du premier arc branchial qui, normalement, est tapissé par une couche d'épithélium cilié.

Quant aux kystes, ils ont certainement pour origine les follicules dentaires; les épithéliums pavimenteux et cylindriques qu'ils renferment rappellent exactement ceux qu'on trouve dans l'organe de l'émail et dans le revêtement du germe dentaire (Pl. II, fig. 6); elles-mêmes les cellules étoilées de la gangue représentent celles du tissu gélatineux de l'organe adamantin (Pl. II, fig. 5).

A la vérité la multiplication des cavités kystiques légitime au premier abord une objection sérieuse qui a été formulée déjà pour les tumeurs semblables de l'âge adulte. On s'explique mal comment le nombre fort limité de follicules dentaires pourrait suffire à produire des cavités closes en aussi grande quantité, de volumes si variables, et ne renfermant d'ailleurs nulle trace des parties constituantes des dents.

Si bien fondée qu'elle paraisse d'abord, cette objection n'est pas irréfutable. Quand on jette les yeux sur les planches annexées au mémoire de MM. Legros et Magitot (1), on constate l'existence temporaire dans l'épaisseur même du maxillaire d'un système de canaux rameux, remplis d'épithélium, et il n'est point défendu de croire que cette disposition, modifiée par un travail pathologique, puisse donner naissance, et cela en quantité indéfinie, à des cavités offrant le caractère des kystes. Il se passerait là quelque chose d'analogue à ce qui a été décrit pour les kystes de l'ovaire.

Je ne présente cette hypothèse qu'avec réserve, mais dans l'espoir qu'elle aidera à résoudre un point obscur de la pathologie, pourtant si avancée, des os maxillaires. »

A la suite de cette présentation à l'Académie de médecine,

(1) *Origine et formation du follicule dentaire* (*Journ. d'anat. et de physiol.* de Robin, septembre et octobre 1873).

nous demandâmes à notre excellent maître, M. Verneuil la permission d'examiner la pièce. Nous priâmes M. le Dr Nepveu de vouloir bien nous assister dans les recherches auxquelles nous voulions nous livrer.

La pièce ayant été transportée dans notre laboratoire, nous commençâmes nos investigations qui portèrent successivement sur la cavité buccale de l'enfant et sur la tumeur qui en était séparée. Les pièces avaient été plongées depuis quinze jours dans une solution de chloral au 1/100.

Voici les résultats de cette étude :

La bouche du sujet offre une configuration à peu près normale, si ce n'est que le maxillaire inférieur paraît avoir dans sa courbe un plus grand développement que d'ordinaire et qu'il a subi en outre une torsion ou un renversement en avant, de sorte que l'arcade alvéolaire présente son bord dirigé en avant au lieu d'être vertical. En outre, la langue, qui a acquis un grand volume, est le siége à sa face inférieure d'une plaie qui a mis son tissu musculaire à découvert (Pl. II, fig. 1 *b*). Cette circonstance est due à ce que la tumeur ayant envahi cet organe, son arrachement pendant le travail a entraîné une portion de ses adhérences linguales. La lèvre ne présente ni sur la ligne médiane ni à la commissure aucune solution de continuité. La mâchoire supérieure et les autres parties de la face n'offrent rien d'anormal.

C'est à la mâchoire inférieure qu'était fixée la production morbide qui pendait au dehors. Cette mâchoire inférieure présente des dispositions très-importantes à noter :

La *moitié gauche* du maxillaire est tout à fait normale ; elle est recouverte de la muqueuse et du bourrelet gingival ordinaire. En soulevant cette muqueuse par une dissection attentive, on découvre la série des cinq follicules de première dentition suivie du follicule de la première molaire permanente qui occupe sa place habituelle. Au-dessous de ces follicules, on aperçoit ceux de seconde dentition sous forme de petits points noirs, situés à leur place normale, mais ils sont très-peu développés, ce qu'explique la circonstance de l'accouchement avant terme. On sait en effet d'après un ensemble de recherches an-

térieures (1) que le chapeau de dentine apparaît dans ces follicules secondaires vers l'époque de la naissance et ceux-ci n'en présentaient assurément aucune trace visible.

La *moitié droite* du maxillaire présente cette particularité toute spéciale qu'elle est plus longue que la moitié opposée. En pratiquant sa dissection, on remarque en effet qu'en outre de la même série de follicules temporaires et définitifs qui s'observent dans son congénère, elle présente un prolongement composé d'une portion très-reconnaissable de gouttière alvéolaire creusée de cavités évidemment destinées à loger des follicules (pl. II, fig. 1, *c*). Toutefois on ne retrouve pas ceux-ci. Cela résulte de ce que la fracture osseuse, produite pendant le travail et ayant séparé la tumeur de ses adhérences osseuses, s'est effectuée précisémenten ce point, c'est-à-dire au travers des alvéoles.

Il résulte de là que ce demi-maxillaire droit, au lieu de porter cinq follicules de première dentition non compris ceux de seconde, offre plusieurs follicules supplémentaires logés dans la partie additionnelle de l'os. Cette partie additionnelle continue d'ailleurs la direction primitive de la branche horizontale et va se fixer à l'autre partie par une symphyse normale. C'est elle qui a fourni à la tumeur son point d'implantation mais cela par continuité directe du tissu osseux et non par une articulation ou symphyse quelconque (pl. II, fig. 1, *c'*).

L'examen de la tumeur montre de son côté que la portion répondant au maxillaire était composée d'un fragment osseux non recouvert de cartilage et présentant la trace de cavités alvéolaires brisées. En remettant les parties en contact, on reconnaît de la manière la plus évidente que le fragment osseux de la tumeur faisait partie intégrante de la moitié droite du maxillaire de l'enfant.

Nous pratiquâmes alors la dissection de ce fragment osseux lui-même inclus au sein de la masse kystique, et après l'avoir isolé convenablement des parties ambiantes, nous reconnûmes qu'il se composait de deux fragments réunis l'un à l'autre par

(1) Voir nos *Recherches sur la détermination de l'âge de l'embryon humain par l'examen de l'évolution du système dentaire*. Comptes rendus de l'Académie des sciences, 27 avril 1874, et *Archives de Tocologie*, 1875, p. 398.

une partie cartilagineuse qui n'était autre qu'une véritable *symphyse* (pl. II, fig. 2, *s*). L'un de ces fragments, celui qui était confondu avec le maxillaire de l'enfant, était long de 2 à 3 centimètres environ et portait deux petits follicules ayant l'aspect de ceux d'incisives et un autre paraissant être celui d'une canine temporaire (pl. II, fi. 2, *c'*). Nous y pûmes reconnaître au-dessus quelques traces d'autres follicules.

L'autre portion osseuse, située au delà de la symphyse et plongeant au sein même de la tumeur, représentait aussi une paroi de gouttière alvéolaire, car on y pouvait distinguer la présence de deux follicules contenant des bulbes multicuspidés de molaires (pl. II, fig. 2, *c''*). Ces follicules étaient les seuls reconnaissables et au delà du siége qu'ils occupaient, l'os cessait d'exister et se perdait dans la masse molle de la production morbide.

Ajoutons toutefois que ces deux petites portions de mâchoire, malgré la présence de follicules, ne pouvaient être considérées comme représentant des gouttières dentaires véritables. C'étaient plus exactement des lames osseuses sur le côté desquelles figuraient les follicules. Ceux-ci étaient en outre peu développés, non pourvus du chapeau de dentine qui existe si manifestement à la naissance. Ils étaient en outre en très-petit nombre et l'absence de la plupart d'entre eux ne contribue pas médiocrement à expliquer la prolifération kystique considérable qui compose comme on va le voir la masse de la tumeur.

En reconstituant ainsi les parties composantes de cet embryon monstrueux, on pouvait constater qu'il se composait :

1° D'une mâchoire inférieure renfermée dans la bouche et composée de deux arcades alvéolaires réunies par une symphyse;

2° D'un second maxillaire inférieur, rudimentaire, prolongement direct, sans articulation ni interposition d'aucun tissu, de la moitié droite du maxillaire de l'enfant et contenu au sein de la tumeur. Ce second maxillaire était caractérisé par la présence d'une double série, fort incomplète il est vrai, de follicules et par une symphyse véritable;

3° Enfin d'une masse énorme de tissu dans lequel se rencon-

traient des kystes en nombre indéfini, des fragments de cartilage et d'os épars dans la substance de la tumeur, soit au centre soit à la périphérie, et pouvant être considérés comme des fragments du maxillaire supplémentaire dissociés par la production morbide et comme projetés ou éparpillés sous l'envahissement de la tumeur.

Disons encore que, sur aucun point de cette masse, les fragments osseux ou cartilagineux ne pouvaient être assimilés à des fragments d'autres os de la face ou du crâne, rien en un mot qui pût faire penser à ce qu'on a si improprement appelé l'*inclusion fœtale*.

Quant à cette tumeur elle-même, on a vu par l'examen qu'en avait fait primitivement M. Nepveu, qu'elle se composait presque exclusivement de kystes en nombre considérable auxquels il avait reconnu la nature folliculaire.

Nos recherches personnelles ont complètement vérifié cette manière de voir. Les innombrables cavités kystiques présentaient de la manière la plus remarquable l'aspect de follicules dentaires. C'était partout la même forme ovoïde, la même paroi fibreuse du follicule normal, et quant au contenu, il a plusieurs fois révélé des analogies nouvelles et plus caractéristiques encore avec le follicule : des revêtements d'épithélium prismatique rappelant la disposition de celui que recouvre l'organe de l'émail ; des amas colloïdes assimilables à cet organe de l'émail lui-même ; d'autres fois on rencontrait un tissu muqueux étoilé, analogue à celui qui compose la masse de ce même organe de l'émail ; enfin presque partout des traces évidentes de l'organisation folliculaire, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'examen des divers dessins que nous devons à l'obligeance de M. Nepveu et qui sont représentés pl. II, fig. 3, 4, 5, 6.

Nulle part cependant on ne retrouvait de vestiges du bulbe dentaire ni d'ivoire ou d'émail proprement dits. Mais cette particularité n'a rien qui doive surprendre, car il est évident que le début de la prolifération kystique répond à l'une des périodes initiales de l'évolution folliculaire, c'est-à-dire à une phase antérieure à l'apparition du bulbe.

Il n'est point douteux qu'il se soit produit dans cette énorme

tumeur une hypergénèse de follicules dentaires comparable à ce qui s'est parfois rencontré dans certains *odontomes* présentant comme constitution fondamentale une production indéfinie de bulbes dentaires recouverts de chapeaux de dentine. MM. Broca et Robin (1) en ont rapporté des exemples remarquables, et le rapprochement que nous faisons ici est parfaitement fondé : c'est la même nature tératologique, le même processus, avec cette seule différence que, dans la masse polycystique, l'altération a eu pour théâtre la *période embryoplastique* du follicule, tandis que les odontomes en question avaient débuté dans la *phase odontoplastique*. On sait du reste que d'autres odontomes correspondent quelquefois à cette première période et ainsi se trouve de nouveau confirmé ce rapprochement que nous avons déjà indiqué ailleurs (2).

Quant au mécanisme de prolifération kystique, indiqué par M. Verneuil pour expliquer la masse énorme de cavités qui compose la tumeur, nous partageons entièrement cette manière de voir, les éléments épithéliaux, globes, prolongements divers qui s'étendent dans tous les sens au milieu du tissu embryonnaire des mâchoires pendant la première phase d'évolution folliculaire fournissent parfaitement les éléments d'un tel phénomène. Nous l'avions déjà invoqué nous-même dans l'explication de la genèse des *dents surnuméraires*, partageant en cela l'opinion émise par un naturaliste allemand, Kollmann (3) ; seulement dans le cas d'une ou plusieurs dents supplémentaires, le phénomène est très-limité, tandis qu'il atteint une intensité considérable dans la formation indéfinie de sacs folliculaires ainsi frappés à la fois d'hypergénèse et d'altération kystique.

---

(1) Voir Broca, *Traité des tumeurs*, 1869, t. II, p. 343. Robin, Compte-rendu et Mémoire de la Soc. de biologie, 1862, p. 199 et 301.

(2) *Mémoire sur les kystes des mâchoires*, in *Archives générales de médecine*, 1873, 6e série, t. XXI, p. 440.

(3) Kollmann. *Entwickelung der Milk und Ersatzzähne beim Menschen. Zeitschrift für wissentschaftliche Zoologie, von Siebold und Kölliker, zwanzigster Band. Zweites Helft.* Leipsig, 1870, p. 145. — Legros et Magitot. *Origine et formation des follicules dentaires*, loc. cit., 1873, p. 469. — Magitot. *Anomalies de nombre. Journ. d'anatom.* de Ch. Robin, 1874, p. 422.

De l'ensemble des remarques précédentes auxquelles ont donné lieu la dissection et l'étude de la pièce, nous pouvons déduire rigoureusement l'interprétation suivante :

1° L'enfant mort-né, présenté à l'Académie de médecine par M. Verneuil le 1er juin 1875, offre un exemple de *polygnathie*, ou si l'on veut encore de *diplognathie* du genre *hypognathe* ;

2° Le maxillaire supplémentaire était fixé sans discontinuité de tissu à la moitié droite de la mâchoire inférieure du sujet ;

3° La production tératologique s'était compliquée de la formation d'un nombre indéfini de kystes se rattachant à la variété folliculaire.

CONSIDÉRATIONS TÉRATOGÉNIQUES SUR LES DEUX CAS PRÉCÉDENTS.

Nous croyons avoir établi, par le travail analytique qui précède, l'existence rigoureuse et incontestable de deux exemples de polygnathie chez l'homme. Ces deux exemples, bien que compliqués l'un et l'autre de formations kystiques multiples, sont simples, c'est-à-dire que dans leur examen minutieux, nous ne sommes parvenu à n'y rencontrer que des traces de maxillaire, de cavités alvéolaires, de follicules normaux ou altérés, tous éléments de constitution maxillaire proprement dits, recouverts ou accompagnés de parties accessoires : peau, muqueuse et éléments de nature cutanée ou épidermique.

Dans aucun de ces deux cas, nous n'avons réussi à rencontrer une autre partie quelconque, soit osseuse, soit d'autre nature et ayant une organisation définie et reconnaissable.

Or, on sait que dans plusieurs relations anciennes de faits tératologiques se rapprochant, en apparence du moins, de la polygnathie véritable, on a signalé des masses dans lesquelles se reconnaissaient des parties d'embryon, des os longs, des plaques osseuses ayant l'aspect des os du crâne et jusqu'à des membres entiers et des portions intestinales.

Nous n'avons pas la pensée de mettre en doute de telles relations dont l'authenticité serait toutefois jusqu'à un certain point récusable en raison des imperfections de leur rédaction et des

idées préconçues qui dirigeaient les observateurs; cependant nous ferons remarquer que dans plusieurs observations relativement modernes et qui empruntent à leurs auteurs, en même temps qu'elles offrent par leur physionomie propre, certaines garanties d'exactitude, on reconnaît que la recherche attentive et minutieuse des détails n'a révélé le plus souvent que des traces d'organisation maxillaire plus ou moins troublée. La plupart aussi contenaient des kystes parfois très-nombreux. Tels sont par exemple les faits recueillis par les deux Geoffroy-Saint-Hilaire, ceux de MM. Goubaux et Dareste, etc.

Dans les observations anciennes auxquelles nous faisons allusion, celles de Sœmmering, de Vrolik, de Breschet, et d'autres encore, il est évident qu'une idée théorique occupait leurs auteurs; cette idée repose sur la *doctrine de la diplogénèse* ou des *monstruosités doubles parasitaires* auxquelles dans leur pensée on devrait rattacher la polygnathie.

Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire allait même plus loin, et dans sa préoccupation constante de la théorie de la diplogénèse il considérait ces masses adhérentes à la tête d'un polygnathe comme un fœtus entier dont il ne restait que la tête, et encore cette tête était-elle, de son aveu même, toujours méconnaissable; on voyait une masse mamelonnée, couverte de peau et de muqueuse, portant parfois quelques bouquets de poils, et, à force de recherches, il croyait y discerner l'existence d'une fente buccale, le vestige des orbites, etc. Ce n'était là le plus ordinairement qu'une vue de l'esprit et non un résultat d'observation rigoureuse. Dans tous les cas de polygnathie, la tumeur tératologique avait comme base fondamentale un maxillaire plus ou moins déformé, mais qu'une étude attentive pouvait toujours parvenir à déchiffrer et à reconstituer. Les parties accessoires, parfois douées d'un grand développement, étaient dues à des multiplications hypergénèses et hypertrophies d'organes ou de tissus embryonnaires, de follicules dentaires frappées de prolifération ou de distension qui en faisait de véritables kystes en nombre parfois indéfini.

Ces considérations s'appliquent tout particulièrement aux faits que nous apportons aujourd'hui à la science.

Nous n'avons pas toutefois la pensée, à propos des deux cas de polygnathie que nous venons d'exposer, de reproduire l'interminable discussion à laquelle a donné lieu la doctrine de la diplogénèse. Depuis la célèbre discussion de Lemery et Winslow au siècle dernier jusqu'à ces dernières années, les physiologistes se partagent en deux camps : les uns admettant que toute monstruosité dite *double* résulte de la fusion de deux germes primitivement distincts ; les autres considérant la diplogénèse comme résultant de la bifurcation plus ou moins profonde et plus ou moins précoce d'un embryon unique.

A ces deux doctrines, M. Broca, dans une discussion récente à la Société d'anthropologie de Paris (1), en a ajouté au point de vue historique une troisième, celle de Coste, faisant dériver la monstruosité double de l'existence de deux germes distincts sur un seul vitellus. Cette opinion est évidemment une variante de la première, et soit que les deux embryons se développent sur deux vitellus, soit qu'ils naissent sur un seul, ils sont dans les deux interprétations préalablement séparés. C'est la *doctrine de la fusion.*

Malgré les efforts d'argumentation employés par M. Dareste et les vues ingénieuses de M. Balbiani (2) sur l'existence de deux taches embryonnaires, il est jusqu'à présent impossible de démontrer expérimentalement l'existence de la duplicité préalable des germes, et d'établir leurs relations diverses dans la production des monstruosités doubles, tandis qu'au contraire les recherches de Lereboullet, de Gerbe, de Robin, de Broca (3) confirmant les observations anciennes de Valentin, ont établi que toutes les monstruosités simples ou composées s'expliquent par le simple dédoublement des bourgeons embryon-

(1) Bulletin de la Société, 1874, p. 156.

(2) Dareste. *Sur les monstres doubles. Bulletin de la Société d'anthropologie* 1874, p. 321 et Balbiani. *Communication inédite.*

(3) Lereboullet, in *Annales des Sciences naturelles, Zoologie,* 1861, t. XV, p. 364 et 1864, 5e série, t. I, p. 199. — Gerbe et Coste. *Origine de la monstruosité double chez les poissons osseux,* comptes-rendus de l'Académie des sciences 1855, t. XL, p. 868-931. — Broca. *Bulletin de la Société d'anthropologie.* 1874, p. 156 et suiv.

naires. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, dans sa classification célèbre qui, toute magistrale qu'elle soit, n'en est pas moins purement artificielle, avait admis, comme on sait, une distinction radicale entre les *monstruosités composés* résultant de deux germes et les *monstruosités simpes* ou *hémitéries* dues à dès bifurcations partielles de l'embryon.

Mais cette division ne peut se soutenir devant l'argument contenu dans la question suivante : Où commence la monstruosité double, où finit l'anomalie simple? Pourquoi la polydactylie est-elle rangée dans la seconde classe plutôt que dans la première? Le phénomène de bifurcation de l'un des bourgeons terminaux d'un membre est-il, en soi, si différent de la division de l'extrémité céphalique ou de l'extrémité caudale d'un embryon? Assurément non, et les arguments invoqués par les partisans du dédoublement sont applicables à l'un et à l'autre cas.

Dans notre pensée toute la théorie tératogénique repose donc essentiellement sur les points fondamentaux suivants :

1° Aux dépens d'un blastoderme unique et sur une même tache embryonnaire, apparaît comme on peut le voir une *seule* ligne primitive et dès ce moment le champ des pertubations tératologiques est ouvert.

2° Qu'il survienne, en effet, à cette première période du développement, une bifurcation de l'une des extrémités, elle entraînera la production, soit d'un monstre *bicéphale*, soit d'un *sycéphale* ou de la *polymélie* inférieure. Si elle a lieu simultanément aux deux extrémités caudale et céphalique, il se produira un monstre *sternopage*, *xiphopage*, *pygopage*, etc.

3° Que la déviation ne s'opère que dans les phases ultérieures de l'évolution, elle produira la multiplication d'un membre ou d'un organe quelconque suivant le bourgeon lui-même qui aura été le siége de la bifurcation.

4° Le polygnathe résultera donc d'un phénomène analogue à celui que produit la polymélie, la polydactilie, etc., c'est-à-dire la division de l'un des deux bourgeons maxillaires, ou, si l'on veut, des arcs maxillaires primitifs.

5° L'époque de production du bourgeonnement qui aboutit à

la polygnathie, est donc nécessairement antérieure au moment de la soudure des arcs maxillaires eux-mêmes, c'est-à-dire d'après Coste, un peu avant le vingtième jour qui suit la conception chez l'homme.

6° Les cas dans lesquels on aurait trouvé, à côté d'une mâchoire reconnaissable, des fragments évidents du crâne ou de la face, doivent rentrer dans les monstruosités bicéphales, c'est-à-dire résultant d'une bifurcation de l'extrémité céphalique embryonnaire avec atrophie ou altération de la tête secondaire. Dans le cas où l'on trouverait d'autres organes embryonnaires comme des membres ou des fragments intestinaux, c'est qu'il s'agit de deux embryons, c'est-à-dire d'une déviation primitive plus profonde de la ligne embryonnaire.

7° Il existe dans la science un grand nombre de faits tératologiques, classés à tort sous le nom de *polygnathiens*. Les seuls que nous puissions considérer comme tels sont jusqu'à présent, y compris les deux exemples que nous rapportons, au nombre de *quatorze* suivant notre relevé personnel.

8° La polygnathie s'accompagne le plus ordinairement de la production de kystes qui se développent aux dépens des follicules dentaires, contenus dans le maxillaire surnuméraire, et dont le nombre peut devenir indéfini. Elle peut aussi se compliquer d'autres anomalies organiques comme celles des arcs branchiaux, du sternum, etc. (Observation Faucon). Cela résulte de l'action de la même influence tératogénique, portant simultanément sur plusieurs organes embryonnaires.

9° La polygnathie peut être, dans certains cas, curable chirurgicalement. (Faits de MM. Goubaux et Faucon.)

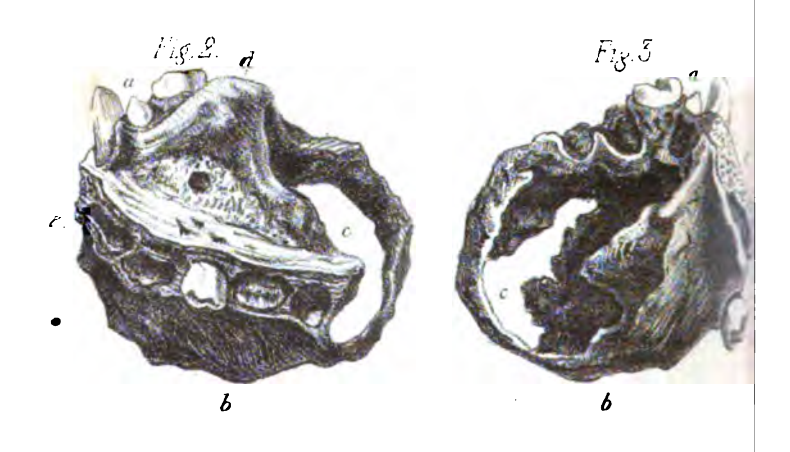
10° Les faits connus sous le nom d'*inclusion fœtale*, et dans lesquels on a classé, à tort, quelques polygnathiens, ont pour mécanisme de production, soit une bifurcation d'un bourgeon embryonnaire, soit le phénomène de l'*intorsion blastodermique*, avec ou sans participation accessoire de l'*hétérotopie* ou de l'*hétéradénie.*

11° Toutes les monstruosités, les plus compliquées en apparence comme les plus simples, reposent donc sur un mécanisme tératogénique, dont la physionomie est uniforme. Il n'y a à cet

Fig. 1.



Fig. 2. Fig. 3



EXPLICATION DES PLANCHES.

Planche I.

La petite fille âgée de 18 mois observée par M. Faucon (d'Amiens).

Fig. 1. — Le sujet vu de face avant l'opération (réduction au 1/4).

Fig. 2. — La masse de la tumeur privée de ses parties molles et desséchées, vue par sa face droite convexe et présentant en son milieu la saillie apophysaire *d* ; *a*, le bord alvéolaire supérieur ; *b*, le bord alvéolaire inférieur; *c*, l'extrémité excavée occupée par les kystes; *e*, la surface de section chirurgicale (grandeur naturelle).

Fig. 3. — La même masse vue par sa face gauche ou concave. *a*, le bord alvéolaire supérieur ; *b*, le bord alvéolaire inférieur ; *c*, l'extrémité occupée par les kystes ; *e*, la surface de section chirurgicale (grandeur naturelle).

PLANCHE II.

Le sujet mort-né présenté par M. Verneuil.

Fig. 1. — Le sujet dans ses rapports avec la tumeur (réduction au 1/4). *a*, la masse tératologique; *b*, la langue avec sa plaie sous jacente résultant de la séparation par déchirure de la tumeur pendant le travail de l'accouchement; *c*, la portion du maxillaire supplémentaire restée adhérente à la mâchoire du sujet; *c'* la branche osseuse incluse dans la tumeur et qui était fusionnée avec la portion précédente. On y voit les traces de la présence de plusieurs follicules dentaires.

Fig. 2. — La tumeur disséquée au niveau du point figuré en *c'* dans la fig. 1. La dissection a mis à découvert une double branche osseuse (grandeur naturelle).

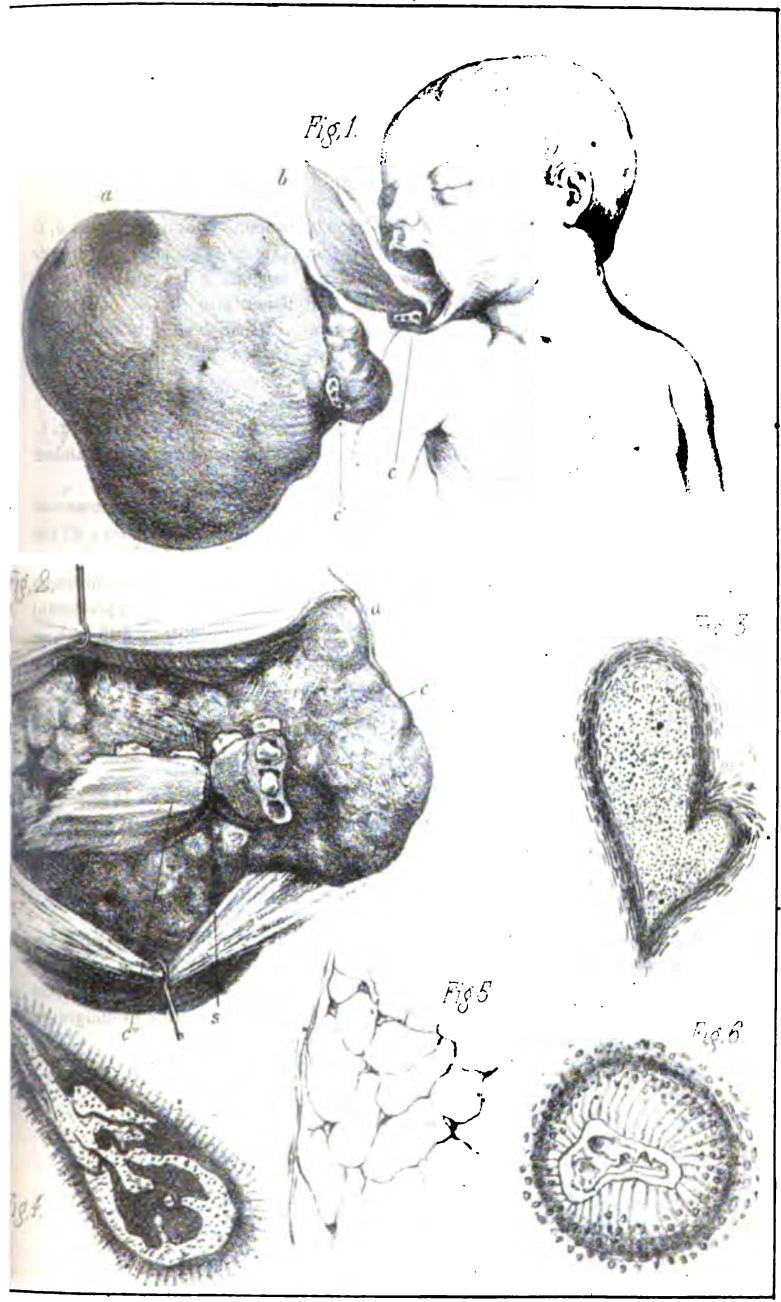
a, la masse de la tumeur de nature kystique; *b*, la paroi membraneuse extérieure de la tumeur détachée et retenue par des érignes; *c'*, une branche osseuse renfermée dans la tumeur représentant un demi-*maxillaire inférieur supplémentaire*, et creusée de cavités recevant des follicules à divers états d'évolution; *c''* une autre branche osseuse représentant l'autre moitié du *maxillaire supplémentaire* supportant deux follicules, se perdant à gauche dans la masse polycystique et réunie en *S* à la portion précédente par une véritable symphyse.

Fig. 3. — Nodule de cartilage contenu dans la masse polycystique (grossissement de 250 diamètres).

Fig. 4. — Plaque d'ossification trouvée sur plusieurs points de la masse polycystique (grossissement de 250 diamètres).

Fig. 5. — Tissu muqueux embryonnaire rappelant la constitution de l'organe de l'émail (grossissement de 320 diamètres).

Fig. 6. — Un des kystes en nombre indéfini qui forment la masse de la tumeur. Il est tapissé de la couche épithéliale prismatique et renferme au centre un amas de cellules épithéliales polyédriques (grossissement de 200 diamètres). — Ces quatre dernières figures sont dues à l'obligeance de M. le Dr Nepveu.



...au & F. Naudin del. Imp. Jan...on, Paris

égard aucune exception. Les *eusomphaliens*, d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, que M. Bert avait été tenté, d'après Knoch, de conserver dans la classe des monstres à deux germes préexistants, rentrent eux-mêmes dans la théorie générale (1).

ÉTUDES SUR LA SYPHILIS CONGÉNITALE

(DE LA DACTYLITE SYPHILITIQUE EN PARTICULIER),

Par M. G. Beauregard.

(2e article.)

CHAPITRE III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, la dactylite syphilitique congénitale n'a point encore été l'objet d'un travail méthodique et régulier réunissant, pour en faire un ensemble, les observations d'ailleurs peu nombreuses recueillies jusqu'à ce jour.

Mais ce n'est point à l'étude de l'anatomie pathologique que ces observations doivent surtout servir. Car, bien qu'il puisse arriver que l'enfant porteur d'un gonflement d'une ou plusieurs phalanges succombe, cependant les faits en ont été jusqu'à présent si rares, que nous sommes obligés, pour bien comprendre ces gonflements dactyliens, de nous servir des études microscopiques faites après autopsie sur les tuméfactions des os développées dans le cours de la syphilis congénitale.

Nous devons, pour nous justifier d'agir ainsi, faire remarquer, en outre, au lecteur, que, différant absolument en cela de la dactylite syphilitique des adultes, où les lésions affectent le plus souvent les tissus superficiels (peau, tissu cellulaire, tendons et articulations), la dactylite syphilitique congénitale réside presque toujours dans les os des phalanges. Les lésions sont presque toujours profondes, et lorsque le tissu cellulaire vient

---

(1) Voir Bert. *Discussion sur les monstres doubles*, in *Bulletin de la Société d'anthropologie*, 1874, p. 897. — J. Knock. *Ueber Missbildungen betreffend die Embryonen der Salmonen und Coregonus Geschleschts*. *Bulletin de la Société impériale des naturalistes de Moscou*, 1874, nº 2, p. 173 et pl. III et IV.

à s'enflammer, ce n'est le plus souvent que secondairement et par propagation.

Il y a quelques années encore, il nous eût été impossible de comprendre et d'expliquer de quelle manière le squelette des doigts peut être affecté avant la naissance ou peu de temps après, les modifications pathologiques qui surviennent dans les os pendant la vie intra-utérine étant absolument ignorées.

Pendant longtemps, les observateurs les plus sérieux (MM. Ranvier, Broca, J. Guérin, Notta, Sartorius, Duménil, etc.) ne virent que du rachitisme dans tous les cas de ramollissement et de déformation des os observés durant la vie fœtale. M. Depaul, au contraire, n'admettant pas ce rachitisme intra-utérin, préféra rapporter les modifications qui surviennent dans le tissu osseux à une affection spéciale au fœtus, et indépendante du rachitisme de l'enfance.

A ce sujet, nous trouvons dans la remarquable thèse du Dr Chantreuil (1), une observation publiée par Bidder, de Dorpat, dans le *Monatsschrift für Geburstkunde* (2), dans laquelle il paraît évident que l'altération du squelette ne peut être rapportée ni au rachitisme, ni à l'ostéomalacie : « Des recherches micrographiques, convenablement dirigées, feront sans doute, dit l'auteur (*loc. cit.*, p. 175), découvrir des faits analogues, et jetteront un jour nouveau sur la question, encore si peu connue des perturbations qui peuvent survenir dans le développement et dans l'accroissement du système osseux. »

Ces recherches histologiques ont été entreprises la première fois par Wegner, en 1870 (3). Dans son travail, l'auteur étudie l'affection seulement au point de vue de l'anatomie pathologique; vingt-deux observations servent de base à son mémoire.

En 1872, M. Parrot fit, sur ce sujet, trois communications à la

(1) Chantreuil. Thèse d'agr., 1872. *Des applications d'histologie à l'obstétrique*, p. 156.

(2) Bidder. *Monatsschrift für Geburtskunde*. Bd. 28, S. 136.

(3) Wegner. Ueber hereditäre Knochensyphilis bei Jungen Kindern. (In Archiv für pathologiche Anatomie, Von Rudolf Virchow, 1870. Bd. 50, H. 5, 3. Analysé par M. Spillmann, in *Archives de médecine*, 1872, p. 345.

Société de biologie (16 mars, 4 mai, 1er juin 1872); il publia en outre, à la même époque, son remarquable travail sur « *une pseudo-paralysie causée par une altération du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire* (1). Outre des recherches microscopiques fort savantes, l'auteur s'occupe, dans sa description, d'un symptôme jusqu'alors méconnu par les observateurs. Sous l'influence de lésions syphilitiques, le décollement des épiphyses étant porté très-loin, les petits malades sont dans l'impuissance de se servir de leurs membres. Plusieurs observateurs avaient déjà noté cette paralysie compliquant des états maladifs graves des os; et M. Guéniot (2), dans un cas de ce genre, la moelle ayant été trouvée intacte, et les muscles seulement amaigris et pâlis, s'était demandé s'il ne fallait pas attribuer cette inertie à la douleur provoquée par les mouvements, et aux brisures multipliées des leviers ostéo-cartilagineux, au niveau des foyers épiphysaires.

A peu près à cette époque, 1872, Waldeyer et Kobner (3) publièrent douze cas de lésions osseuses chez des enfants syphilitiques; leur description est accompagnée de quelques détails fort intéressants au point de vue clinique.

En 1873, Charrin (4) mentionna, dans la *Gazette médicale*, un cas fort intéressant de lésions osseuses congénitales. Au sujet de la fréquence de ces affections, voici ce que dit l'auteur: « Nous n'avons point toujours été aussi heureux que M. Parrot, car, dans quelques cas où il s'agissait de sujets de 1 à 6 mois, provenant de parents syphilitiques, et présentant eux-mêmes des signes extérieurs spécifiques (coryza, syphilides), nous n'avons pas rencontré d'altération évidente du tissu osseux. Nous faisons remarquer du reste que, dans ces cas, les différents organes (foie,

---

(1) Parrot. *Archives de physiologie* de Brown-Séquard, 1871-1872, p. 319-333; 470-491; 612-524.

(2) Guéniot. *Gazette des hôpitaux*, 1869, n° du 9 février; ostéite suppurée avec décollement des cartilages épiphysaires chez un nouveau-né, p. 61.

(3) Waldeyer et Kabnes. *Beiträge zur Kenntniss der hereditärem Knochensyphilis*. Virchow's Archiv, Band 55, Heft 3 und 4, p. 367 et suiv., 1872.

Analysé in *The American Journal of Obstetrics and diseases of woman and children*, novembre 1872. New-York, par Bernard Grunhut, M.D.

(4) Charrin. *Gazette médicale*, 1873, p. 424 et 460.

poumons) étaient complètement atteints. M. Parrot, en effet, admet que cette affection osseuse ne se trouve « que sur des enfants syphilitiques, ou ayant présenté depuis leur enfance des indices certains de syphilis héréditaire. De plus, jamais elle n'a manqué quand ces conditions étaient remplies. Aussi nous pouvons affirmer que, de toutes les manifestations de la syphilis congénitale, c'est la plus constante. »

En 1874, M. Poncet (1) rapportait devant la Société anatomique, 12 cas de syphilis osseuse infantile, recueillis à la Maternité de Lyon, pendant l'espace de six mois seulement. Ce nombre de faits relativement considérable explique parfaitement cette phrase de l'auteur : « Les altérations des os chez les nouveau-nés syphilitiques paraissent être de tous les accidents syphilitiques le plus fréquent ; peut-être serait-il chez les nouveau-nés la première manifestation syphilitique, comme la plaque muqueuse l'est habituellement chez l'adulte. »

Cette opinion de l'auteur montre (bien que nous ne la partagions que sous certaines réserves que nous indiquerons plus tard) que la question est digne des nombreux travaux auxquels elle a donné lieu depuis peu.

Le dernier ouvrage qui ait été publié, à notre connaissance sur ce sujet, comprend plusieurs articles du journal l'*Obstetrics* de New-York, et est dû à M. W. Taylor (*On syphilitic lesions of osseous system in Infants and young Children* (2). Dans ces articles l'auteur passe en revue les opinions de ses devanciers, et traite chacune des parties de cette matière avec les détails les plus complets.

Enfin, le mois dernier, M. Parrot (3) a lu devant la Société de chirurgie (séance du 11 août 1875, un mémoire sur ce sujet. L'auteur montre que ces lésions syphilitiques ne sauraient être confondues avec les lésions rachitiques, si rares dans le premier âge. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question à la fin du présent article.

(1) Poncet. *Progrès médical,* 25 avril 1874, p. 237 et suiv.

(2) *Loc. cit.*, p. 58.

(3) Voir *France médicale* du 18 août 1875, p. 532.

Pour avoir une idée nette des lésions osseuses produites par la syphilis, il est indispensable de se représenter les transformations microscopiques qui surviennent dans l'os, pendant son développement, car ces maladies ne sont, en principe, que des modifications plus ou moins profondes, survenues dans le cours de la formation du tissu osseux.

Normalement, voici, d'après M. Parrot, l'aspect que présente le squelette des membres des nouveau-nés :

« Sur une coupe fraîche, on voit le cartilage épiphysaire, opaque, nacré, élastique, qui repousse une pointe qu'on y plonge, excepté dans la région la plus voisine de l'os, où il est bleuâtre, transparent et mou (couche chondroïde normale de Broca (1). Cette couche est très-mince, elle ne peut se reconnaître qu'à un examen très-attentif. C'est elle qui est le siége des modifications qui préparent la formation de l'os, et on la trouve toujours plus nette sur une extrémité que sur l'autre.

« La diaphyse à sa partie moyenne, est tout à fait compacte, le canal médullaire étant réduit à de très-minimes proportions, du moins chez les nouveau-nés et les enfants nés avant terme. Aux extrémités, elle est formée par un tissu spongieux, dur, à trabécules serrées, qui circonscrivent des aréoles très-étroites. Sa couleur est la même dans toute son étendue, et rouge, plus ou moins violacée. Elle est séparée du cartilage par une ligne d'une régularité et d'une netteté parfaites. Au niveau, et sur une épaisseur qui varie de 1/4 à 1/2 millim., elle présente une apparence et des qualités tout autres que dans le reste de son étendue et mérite une description spéciale.

« Son tissu est plus dense, plus compact, plus homogène et sans aucunes lacunes appréciables. Il est beaucoup plus friable, et se laisse traverser facilement par une aiguille. Il est adhérent au cartilage, du moins pour une grande partie, quand on détache l'épiphyse, ce que l'on fait toujours avec une grande facilité après l'ablation du périoste et du périchondre. Sur un os blanchi par macération et desséché, il ressemble à un enduit facile

---

(1) Broca. *Sur quelques points de l'Anatomie pathologique du rachitis.* In *Bulletin de la Société anatomique*, pour 1852, p. 141.

à détacher par le raclage, pâteux et se réduisant en poussière.

« Sa constitution histologique ne contribue pas moins que son aspect extérieur à le différencier du tissu spongieux proprement dit. On n'y voit ni trabécules osseuses à ostéoplastes, ni espaces médullaires ; et, en réalité il n'est autre chose que la portion la plus féconde du cartilage abondamment calcifiée. » (Parrot, p. 486.)

C'est ce tissu qui forme la couche *chondroïde de Guérin*, dont parlent si souvent les auteurs anglais. « S'il nous fallait, dit encore l'auteur que nous venons de citer, qualifier cette couche intermédiaire entre le cartilage et l'os ; qui a la trame du premier et les sels calcaires du second, nous l'appellerions volontiers *chondro-calcaire*. »

Cette couche préside à l'accroissement de l'os en longueur et en largeur. Le processus de l'ossification peut se résumer brièvement comme il suit : à l'extrémité ou au bord de cette couche les cellules cartilagineuses s'agrandissent et se placent les unes au-dessus des autres, en sorte qu'elles semblent disposées en lignes verticales (voir planche I, fig. 2).

Le tissu qui se trouve sur le bord de ces lignes, sert à former des trabécules, constituant une charpente, dans laquelle se passe le développement intime du tissu. Ces trabécules sont d'autant plus nombreuses et épaisses qu'on se rapproche de l'os. Les traînées verticales de cellules, présentent déjà, vers le rebord de la couche de Guérin, un aspect granuleux, le cartilage commençant à s'ossifier. Les trabécules elles-mêmes ne tardent pas à se durcir et deviennent promptement de l'os. A ce moment, elles peuvent facilement être colorées par le carmin, et on peut reconnaître qu'elles constituent un tissu en voie de formation. A l'examen, on voit ses trabécules former des canaux qui s'accroissent rapidement en longueur, quelques-uns transversalement. Dans ces canaux ou cavités médullaires, on trouve les cellules granuleuses particulières appelées ostéoplastes, elles y sont disposées par cercles concentriques (voir planche I, fig. 2). Dans ces cavités médullaires, on trouve en outre les vaisseaux, qui sont la continuation de ceux de la substance spongieuse de la diaphyse. De sorte qu'en somme, l'os en cet endroit se forme par l'inter-

médiaire d'un cartilage donnant naissance à des trabécules, dans lesquelles les ostéoplastes et les vaisseaux prennent naissance, par suite de modifications successives. A l'état sain, la ligne de démarcation entre l'os et le cartilage est nette et bien marquée. Chez les enfants atteints de syphilis osseuse, il n'en est plus de même.

Avant de passer à l'étude des modifications que présente la structure intime de l'os sous l'influence pathologique, nous devons dire quelques mots d'un état de l'os chez les enfants, qui a été considéré par M. Bouchut (1) comme relevant de la syphilis infantile. Cette lésion, n'appartenant ni à la carie, ni à la dégénérescence du périoste, consisterait en une modification telle que « au lieu d'os mous, spongieux, vasculaires, incomplètement formés, et faciles à couper par le scalpel, on trouvait la diaphyse solide, compacte, éburnée et impossible à casser ou à diviser par l'instrument tranchant». « C'est une modification, dit l'auteur, à laquelle je n'attache pas d'importance, mais qui présente assez d'intérêt pour être ici consignée. Elle semble indiquer dans l'évolution osseuse un degré d'activité anormale et hâtive, en rapport avec les sécrétions plastiques observées dans plusieurs organes. »

« Quant en ce qui concerne les os creux, disent Waldeyer et Köbner, nous ne pouvons nous résoudre à partager l'opinion de Bouchut, nous les avons trouvés toujours d'une certaine dureté chez les enfants bien portants. »

Parrot (2) dit aussi à ce sujet : « à la naissance, comme nous l'avons vu bien souvent, la diaphyse est d'une dureté qui étonne.» C'est donc un fait purement physiologique qu'a mentionné M. Bouchut et nullement une affection osseuse syphilitique.

Si maintenant nous étudions les modifications qui surviennent dans la couche *chondroïde de Guérin*, ou *chondro-calcaire de Parrot*, nous voyons qu'elle peuvent être divisées en trois périodes. Pendant la première, si on examine l'os à l'œil nu, on voit que la couche chondroïde n'est plus aussi polie, ni aussi

---

(1) Bouchut. *Traité des maladies des nouveau-nés*, Paris, 1867, p. 1046.
(2) *Loc. cit.*, p. 472.

régulière qu'à l'état normal, elle offre parfois une épaisseur double de l'ordinaire. Elle est d'un blanc nacré ou bleuâtre et d'une structure très-compacte. Au microscope on y trouve une prolifération abondante et anormale des cellules du cartilage. La lésion à cette période se borne donc à une prolifération simple de cellules, sans qu'il y ait aucun phénomène d'ossification.

Dans une seconde phase, la couche de Guérin est encore moins polie au niveau de son union avec le cartilage épiphysaire, elle est nodulée, il y a production de cartilage calcifié, ressemblant à des verrues ou papilles qui s'enfoncent dans le cartilage. Wegner compare ces productions, à cause de leurs larges bases et de leurs sommets coniques, aux papilles de la peau. Entre ces papilles, on trouve des dépôts calcaires, ressemblant à des amas de cartilage ossifié. L'infiltration calcaire est plus prononcée à la périphérie qu'au centre, et quand on étudie les rapports de cette couche calcifiée avec la portion spongieuse de l'os, on voit des dépressions entre lesquelles s'engage le tissu osseux. Si, à cette époque, on se sert d'un fort grossissement, on peut constater que les rangées de cellules sont beaucoup plus nombreuses que pendant la première période, et que la substance intercellulaire a considérablement diminué. Les vaisseaux sont abondants et entourés, au niveau de la ligne d'ossification, d'une quantité de tissu connectif. En quelques endroits on voit se former une substance ostéoïde développée dans la cavité médullaire par la moelle et le cartilage ; cette substance en quelques points est de l'os véritable, traversant ainsi la couche spongoïde. En dehors de la couche de Guérin, on trouve des amas irrégulièrement distribués de cartilage ossifié, formant une zone d'épaisseur considérable.

Les modifications importantes de cette période sont donc : une prolifération très-grande des cellules du cartilage, l'induration prématurée de la substance intercellulaire, la formation de tissu osseux en certains points, ayant l'aspect de jetées envahissant la couche normale, et l'arrêt en d'autres endroits de développement de l'os. En d'autres termes : ostéogénèse irrégulière, prématurée ici, retardée là.

Dans la troisième période, on trouve une augmentation gé-

nérale dans le volume de l'épiphyse; il y a épaississement du périchondre et du périoste. Au microscope, on remarque que la couche la plus profonde du cartilage hyalin est bleuâtre. transparente, humide, et gonflée à la coupe. On trouve ensuite une zone irrégulière, ondulée, formant une masse d'un blanc grisâtre et homogène. Cette couche, quoique très-altérée, est friable et peut facilement s'enlever. Ensuite, vient une couch de substance d'un rouge grisâtre, quelquefois jaune, molle; souvent visqueuse, qui se perd graduellement dans la substance spongieuse de la diaphyse. Le tissu médullaire de celle-ci empiète sur une certaine étendue, et, au lieu d'être d'un rouge normal, il est d'une couleur grise ou gris rougeâtre. Cette couche semble empêcher toute cohésion solide entre l'os et la diaphyse. A cette période, on trouve au microscope une prolifération considérable des cellules du cartilage, ainsi qu'une exagération dans l'infiltration calcaire; dans la couche la plus voisine de l'os, on rencontre des cellules avec un nucléus et un contenu granuleux, souvent aussi des cellules fusiformes.

Cette troisième période, très-exactement décrite par Wegner, consiste, en somme, dans une hypertrophie considérable des cellules, et constitue un véritable tissu granuleux, très-bien décrit par Waldeyer et Kobner (1). Ces deux auteurs, en effet, n'hésitent pas à écrire : « Entre les épiphyses et les diaphyses, on trouve une matière rougeâtre que le microscope nous montre être formée de cellules rondes et coniques; la couche cartilagineuse offre un développement considérable; dans quelques cas, on voit des spicules ou de petites stalactites osseuses accumulés entre l'épiphyse et la diaphyse. L'aspect macroscopique de ces petites masses ressemble absolument *aux dépôts du rachitisme* arrêtés dans leur ossification. Au microscope, elles consistent en une agglomération très-dense de cellules d'une mollesse et d'une variété de formes considérables, ressemblant pour la plupart *aux cellules de formations gommeuses.* »

Ce qu'il faut noter dans ce processus, c'est le peu de modifications macroscopiques qu'il détermine; le microscope seul peut donner la clef des transformations subies.

(1) Voir Grenhut. *Loc. cit*

Pour Wegner et les auteurs qui se sont occupés de la question, il faut attacher une grande importance aux irrégularités et aux papilles que nous avons mentionnées dans la couche chondroïde de Guérin ; elles seraient caractéristiques des modifications sus-mentionnées.

Un autre point très-important, est l'état histologique de la substance qui remplit les espaces de la couche de Guérin ; ce n'est point du tissu médullaire normal, cela ressemble plutôt à une substance granulée qu'il nous serait impossible de caractériser, si les travaux du professeur Depaul sur les gommes du poumon (1), et les recherches curieuses de Gubler (2) sur l'affection syphilitique congénitale du foie, ne nous avaient appris à y reconnaître une modification dépendant de l'infection syphilitique. Ce sont, en effet, des cellules arrondies ou fusiformes donnant au tissu osseux une certaine dureté, et subissant les transformations que l'on observe dans toutes les productions syphilitiques.

Dans quelques endroits, on trouve des amas de substance molle et jaunâtre absolument semblable à du pus. Cette exsudation pseudo-purulente se rencontre surtout au niveau où les épiphyses sont complètement détachées des diaphyses. — Pour Waldeyer et Köbner, ce pseudo-pus, à un examen attentif, serait tout à fait analogue aux dégénérescences gommeuses, semi-liquides, qu'on rencontre dans le foie et le cerveau.

Wegner, dans plusieurs parties de son ouvrage (p. 311 à 314), prétend que les vaisseaux sanguins ne se rencontrent qu'en petit nombre dans le tissu dégénéré, il ne serait pas loin même de nier absolument leur existence : « Nous nous sommes assurés, disent au contraire Waldeyer et Köbner, dans toutes les occasions, et spécialement dans un cas du Dr Carl Wigneirt, que bien loin d'être absents, ces vaisseaux se rencontrent en très-grand nombre, et même dans la couche spongoïde ; cela nous explique qu'il est impossible d'attribuer à une anémie locale la nécrose

(1) Voir Depaul : sur les lésions syphilitiques des nouveau-nés (*Bulletin de la Société anatomique.* — Depaul). Voir en outre le compte-rendu d'un mémoire de M. Depaul à l'Académie de médecine, 1851, et la *Gazette des hôpitaux*, 1851.

(2) Altération du foie. *Gaz. médic.*, t. I, 1852.

de la couche qui sépare le cartilage des parties normales. Quel est le processus qui y préside? Nous l'ignorons. Pour Biesiadeck et autres, cette dégénérescence des produits syphilitiques s'expliquerait par ce fait, que les proliférations gommeuses s'étendent de préférence le long des vaisseaux sanguins; il en résulterait à coup sûr une compression, une réduction de volume des vaisseaux, et de la sorte une gêne de la circulation. De là, les morts locales précédemment mentionnées. Ce n'est point le défaut de vaisseaux, mais simplement la réduction de volume, le manque d'élasticité et de contractilité normales qui dominent dans ce processus. »

Wegner, sous le nom d'*ostéo-chondrite*, a considéré, dans un chapitre intitulé *Genèse*, cette affection comme absolument inflammatoire.

« Quant à la nature de ce processus, dit-il, il est *irritatif*. Car la prolifération active des cellules cartilagineuses destinées à faire de l'os, et la transformation en matière osseuse, les canaux de cartilage, présentent le caractère irritatif. Et, dans beaucoup de cas, il y a inflammation du périoste dans toute l'étendue de la diaphyse. Si, avec Virchow, on regarde le rachitisme comme une inflammation parenchymateuse des os, on peut être autorisé à définir ce processus une *ostéo-chondrite*, une inflammation du cartilage, revêtant un type particulier, parce qu'elle apparaît à la limite de l'ossification. Tandis que, dans le rachitisme, les cellules nouvellement formées en grande quantité, aidées par un riche développement vasculaire, se transforment en tissu ostéoïde, mou et décalcifié; ici, l'absence de vaisseaux, accompagnant une calcification très-abondante, détermine la nécrose des éléments nouveaux. Cette terminaison du processus lui assigne une place parmi les inflammations avec dégénérescence, et la modalité inflammatoire, combinée avec le travail d'accroissement des épiphyses, constitue, en somme, un phénomène compliqué et difficile à résoudre. »

M. Parrot rejette absolument les vues de l'auteur allemand : « pour nous, dit-il, dans l'embarras très-grand où nous sommes de donner un nom à cette lésion complexe, et en attendant d'études ultérieures les éléments d'une détermination nosolo-

gique plus précise; convaincus d'ailleurs, qu'en thèse générale, il faut bien se garder de se servir de termes trop précis pour qualifier un phénomène pathologique insuffisamment connu, nous appellerons celui-ci une *dystrophie syphilitique des os.* »

Nous avons vu plus haut l'opinion de Waldeyer et Köbner qui considèrent la lésion comme un processus appartenant spécialement à la syphilis, et en tout analogue aux productions gommeuses des organes profonds.

M. Taylor, adoptant une opinion qui se rapproche beaucoup de celle de M. Parrot, écrit : « L'affection n'est point absolument inflammatoire; et si, lorsque nous examinons attentivement le processus morbide, il nous semble être de nature irritative, ce n'est qu'une apparence; car il n'y a là qu'une exagération et une perversion de nutrition des os; lorsqu'on rencontre du pus, ce n'est, en fait, qu'une complication. »

Cette singulière maladie de l'os, dans la syphilis des enfants, dépasse rarement la seconde période; la troisième, caractérisée surtout par l'existence de foyers pseudo-purulents, est excessivement rare. C'est dans ces cas surtout que l'on voit survenir le décollement épiphysaire, et comme conséquence cette pseudo-paralysie, si bien décrite par M. Parrot. Une question fort intéressante, et dont nous entreprendrons l'étude à la fin de ce chapitre, est celle qui concerne la ressemblance des gonflements déterminés par cette lésion osseuse, avec ceux produits par le *rachitisme.* Bien entendu, c'est toujours au point de vue de l'anatomie pathologique que nous examinerons les rapports qui existent entre ces deux maladies.

Pour le moment, nous devons dire qu'il n'est pas rare de voir dans un os plusieurs des périodes de l'affection exister simultanément; certains endroits n'offrant qu'une simple prolifération des cellules du cartilage, d'autres montrant ces amas calcaires, ces trabécules prématurément ossifiés, cette multiplication considérable des cellules du cartilage qui caractérisent surtout la seconde période du mal; d'autres points, enfin, offrant *quelquefois* l'aspect des modifications décrites plus haut, comme appartenant à la troisième période.

Voilà ce qui se passe dans les os longs. Mais, à côté de ce

processus spécial, qu'on trouve surtout dans les extrémités de ces os longs chez les enfants (d'où ressemblance encore avec le rachitisme), on peut voir survenir toutes les autres affections osseuses qui relèvent de la syphilis. Nous voulons parler de ces ostéites et périostites, de ces ostéo-myélites, relevant de la syphilis tertiaire. Ces dernières affections ont été étudiées trop souvent, et elles sont trop connues pour que nous en entreprenions ici une description minutieuse, d'autres points de grand intérêt réclamant plus spécialement notre attention.

Toutes ces lésions osseuses (*ostéo-chondrites*, ostéites, périostites, ostéo-myélites) peuvent se rencontrer dans la dactylite syphilitique infantile : « The lesion is of complex character « when the phalanges and metacarpal bones become in- « flamed. » (Taylor, p. 137). Nous n'avons sur ces inflammations syphilitiques des phalanges aucune coupe microscopique qui nous permette de décrire les lésions *de visu*. Mais, par analogie, et en nous reportant à la description que nous venons de donner des lésions syphilitiques des os, nous pouvons admettre que le mal débute par le périoste et produit d'abord une prolifération considérable des cellules jeunes de la couche profonde ; la plus grande partie du périoste d'une phalange devient rapidement le siége de cette production irritative, avant que le tissu spongieux soit envahi et détermine un gonflement considérable et général de la phalange attaquée. Ces lésions profondes des os occasionnent souvent des déformations multiples, des tuméfactions persistantes, et quelquefois aussi l'allongement de l'os. Souvent les tissus superficiels participent à l'inflammation osseuse et deviennent ainsi le siége d'ulcérations caractéristiques, comme on le voit dans la figure IV de notre première planche.

Avant de quitter l'anatomie pathologique des os en général, et des phalanges en particulier, nous appellerons l'attention du lecteur sur une forme particulière de gonflement syphilitique qui présente la plus grande analogie avec certaine tuméfaction que l'on rencontre chez les enfants scrofuleux ; nous voulons parler du spina ventosa.

« L'observation démontre qu'il existe deux espèces bien dis-

tinctes de spina ventosa : l'une, familière aux enfants jusqu'à l'âge de puberté, affecte les os du métacarpe, ceux du métatarse et les phalanges, dépend évidemment du vice scrofuleux, s'annonce, se développe et subsiste longtemps sans douleur, ou n'est accompagné que de douleurs médiocres, et se termine fréquemment par la nécrose d'une partie de l'os affecté. Les seuls symptômes que cette première espèce présente sont un gonflement dur et fusiforme de presque tout l'os malade, sans altération sensible des parties molles environnantes, précédé de douleurs sourdes, et quelquefois même indolent. Les mouvements de la partie affectée se conservent longtemps, et ils n'éprouvent quelque gêne que lorsque la tuméfaction de l'os est devenue suffisante pour détourner notablement les tendons de leur direction naturelle, ou pour déformer les surfaces articulaires, ce qui arrive rarement. Les progrès de la maladie et la distension à laquelle les parties molles sont exposées amènent leur ulcération, laquelle correspond toujours à quelque ouverture du cylindre osseux tuméfié, et permet d'introduire une sonde dans la cavité que l'os renferme. L'ouverture extérieure devient fistuleuse et laisse suinter longtemps une quantité médiocre de matière purulente, séreuse, mal élaborée; cependant, la partie reste indolente, la constitution du sujet ne s'altère pas ; et s'il parvient ainsi à l'époque de la vie où la nature fait ordinairement des efforts salutaires contre le vice scrofuleux, cette espèce de spina ventosa peut guérir par la nécrose d'une partie de l'os altéré : alors le séquestre se sépare le reste des parties osseuses s'affaisse, la résolution s'opère et la maladie se termine par une cicatrice enfoncée, adhérente et difforme. » (Boyer. Ancien Dictionnaire des sciences médicales, article *spina ventosa.*)

Cette description d'une altération scrofuleuse, nous la donnons en entier parce qu'elle reproduit absolument la marche d'une des formes de la dactylite syphilitique infantile. Cette forme n'est pas rare, relativement, et le gonflement qu'elle amène est une des raisons pour lesquelles certains auteurs, comme nous l'avons dit plus haut, ont donné à la dactylite syphilitique le nom de spina ventosa syphilitique. C'est en fait

une véritable ostéo-myélite syphilitique, semblable à celle dont Bergh a cité un fort beau cas chez l'adulte (1).

Les diverses lésions que nous avons étudiées précédemment peuvent survenir avant le développement de la lésion dactylienne; souvent elles coexistent avec elle; parfois enfin elles lui succèdent. C'est encore une des raisons qui nous ont déterminé à en présenter au lecteur une description minutieuse, et le sujet nous semble assez intéressant pour mériter d'être complété par un examen rapide des relations qui existent entre le rachitisme et ces lésions syphilitiques. « J'avais remarqué, dit Poncet (2), que deux enfants de 3 et 5 mois, issus de parents syphilitiques, étaient rachitiques. Ces deux faits viennent à l'appui de la manière de voir de M. Parrot : en vieillissant, la syphilis osseuse devient le rachitisme.

Dans notre observation 8, le passage de la syphilis au rachitisme est encore plus net; nous voyons un enfant de 2 ans, rachitique, provenant d'un père syphilitique, et le même individu avoir, deux ans plus tard, de la même femme, un enfant mort-né, dont tous les os présentaient, au plus haut degré, les lésions décrites par M. Parrot.

Cette question est encore très-controversée, et demande de nouvelles recherches scientifiques. Dans la plupart des auteurs, le sujet est sommairement traité; ils émettent l'opinion que la syphilis, dans certains cas, pourrait être cause des *rickets;* mais ils évitent de parler des relations pathologiques qui existent entre les deux affections; il faut d'ailleurs, pour prendre une détermination sur ce point, que des cas plus nombreux aient été observés. M. Parrot (3) en a rapporté un fort beau cas. Waldeyer et Köbner en ont aussi mentionné quelques exemples.

« Soumise à un examen véritablement scientifique, dit Taylor, la question pourrait être posée de la sorte : Le rachitisme est-il un des états ordinaires, une des lésions produites par la

(1) Bergh. In *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, n° 2, 1870.

(2) Poncet. *Progrès médical*, 1874, p. 237.

(3) Parrot. Observation de rachitis d'origine syphilitique, *Gazette médicale* n° 14, 1874.

syphilis ? Bien moins exacte serait la proposition suivante : la syphilis peut-elle causer les rickets ? nous pouvons affirmer que, sous l'influence syphilitique, de nombreuses lésions surviennent dans les organes et dans les tissus ; en outre, mais alors relevant non plus du virus syphilitique lui-même, mais d'une cachexie syphilitique, certaines affections peuvent se rencontrer qui, alors, détermineront une gêne dans le fonctionnement des organes, un trouble dans leur nutrition, et ne pourront point être considérés, scientifiquement, comme syphilitiques. » Sans entrer dans tous les détails que présente l'auteur anglais sur cette question, nous pouvons dire : que le rachitisme, lorsqu'il se présente dans le cours de la syphilis infantile, ou bien plus tard, après que le malade a été guéri de sa syphilis, n'est pas un simple fait de coïncidence, mais bien le résultat de la cachexie syphilitique. D'ailleurs, pour que ce rachitisme s'observe, il faut que la syphilis existe déjà depuis des mois et ait modifié la constitution d'une manière fâcheuse.

Quant à l'existence du rachitisme véritablement syphilitique, il doit être considéré comme très-rare.

M. Parrot, comme nous l'avons dit au cours de cet article, vient de présenter à la Société de chirurgie un mémoire intéressant, dans lequel la question de la syphilis osseuse infantile et de ses rapports avec le rachitisme est traitée de main de maître. Il a observé 50 cas, étudiés avec le plus grand soin aussi bien au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique ; la partie histologique sur laquelle les micrographes sont très-peu d'accord n'est point traitée. Les symptômes cliniques ont été étudiés avec beaucoup de précision, afin de n'admettre comme syphilitiques que les enfants qui avaient des lésions syphilitiques incontestables.

Dans son nouveau travail, M. Parrot affirme une fois de plus la fréquence des affections syphilitiques osseuses des enfants. Toutes les fois qu'une marque certaine de syphilis existait sur la peau ou dans les viscères, toujours on a trouvé des lésions syphilitiques des os. Bien plus, un cas *incontestable* de syphilis osseuse n'était accompagné d'aucun trouble du côté des téguments ni des viscères.

M. Parrot a été amené à distinguer quatre degrés dans la syphilis osseuse des nouveau-nés :

Premier degré. — Il comprend les nouveau-nés proprement dits, c'est-à-dire les enfants jusqu'à l'âge de huit jours, évolution intra-utérine des lésions. Ces lésions consistent dans la production d'ostéophites multiples autour de la diaphyse des os longs; elles ont une teinte jaune-maïs. Les cartillages ne sont pas malades. La couche *chondro-calcaire* au lieu d'une épaisseur d'une ligne a une épaisseur de 3 millimètres.

Deuxième degré. — C'est la dégénérescence gélatiniforme. Les enfants l'ont de cinq à six semaines jusqu'à trois mois. On retrouve les lésions précédentes, mais atténuées. Au voisinage de la couche chondro-calcaire, on voit des taches irrégulières, de couleur jaune. Ces taches sont formées par une substance gélatiniforme qui prend la place du tissu spongieux atrophié. Par la dessiccation, la substance gélatiniforme disparaît et laisse voir une sorte d'ulcération de l'os. A cette forme se rattache la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés. En effet, la lésion augmentant, l'os se brise et l'enfant ne peut remuer le membre.

Troisième degré. — On retrouve les traces des lésions précédentes. Mais à mesure que la lésion est plus ancienne et les enfants plus âgés (cinq à six mois), le mal se localise. La couche ostéophytique se borne à l'extrémité inférieure et postérieure de l'humérus ; car c'est l'humérus qu'il faut surtout étudier à cet âge.

Deux phénomènes nouveaux sont à noter : médullisation et décalcification de l'os ; celui-ci devient très-mou. Du côté des extrémités, moins grande netteté de la couche chondro-calcaire, et prolifération des ostéoplastes, comme dans le rachitisme.

Quatrième degré. — Comme précédemment, mais sur les ostéophytes, on remarque une nouvelle couche constituée par du tissu spongoïde, ayant à peu près la texture fibreuse et caractéristique du rachitisme. Cette couche recouvre le tissu ostéophytique. Aux extrémités, le tissu spongoïde se développe aussi vers le cartilage, et la médullisation tend à faire des progrès.

Que se passe-t-il postérieurement? Les traces de la syphilis disparaissent-elles pour ne laisser que des lésions rachitiques? M. Parrot n'en sait rien, mais dans toutes les autopsies de sujets syphilitiques il a trouvé des traces de lésions syphilitiques dans les os.

Il est facile de distinguer les lésions du rachitisme de celles de la syphilis. Dans les deux premiers degrés, on voit les trois éléments qui constituent le rachititisme se manifester : tissu spongoïde, médullisation, décalcification. On a dit que le tissu spongoïde se rencontre seulement dans le rachitisme, M. Parrot ne croit pas que le rachitisme soit congénital dans ses lésions. On a pris pour du rachitis ce qui était de la syphilis congénitale. Après avoir examiné 200 enfants, M. Parrot n'a pu découvrir de lésions rachitiques visibles à l'œil nu chez les nouveau-nés : c'étaient toujours des lésions syphilitiques. Pour distinguer les deux espèces de lésions, il faut remarquer que les deux premiers degrés de la syphilis osseuse n'ont pas leur analogue dans les régions rachitiques; pour les deux autres degrés, dans le rachitisme on n'a pas la dégénérescence gélatiniforme. Quant au tissu spongoïde, on le trouve dans les deux affections, mais dans la syphilis il est beaucoup plus dense. (Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, du 20 août 1875, pages 537, 538.)

Tel est l'état de la science sur cette question importante des lésions syphilitiques osseuses de l'enfance. Avant de terminer cet article, nous rappellerons au lecteur que si la dactylite syphilitique siége surtout dans l'os des phalanges, il n'est point impossible cependant de voir les divers tissus qui entrent dans la composition des doigts, en être simultanément ou isolément atteints. Outre l'onyxis et les syphilides de la peau des doigts, outre cette forme mixte à laquelle M. Chassaignac a donné le nom de dactylite sous-onguéale syphilitique, et que Astruc a si bien décrite, on peut rencontrer des gommes du tissu cellulaire (*dactylite gommeuse*) analogues aux cas rapportés par Cullerier (1); ces gommes, n'ayant rien de spécial, nous ne

(1) Cullerier cite un cas de syphilis congénitale, attaquant primitivement le

contenterons de renvoyer le lecteur à la description qui en a été donnée dans la *Gazette des Hôpitaux* (1).

Les tendons et les tissus fibreux peuvent aussi devenir le siége d'un dépôt gommeux. Dans l'observation IV de la thèse de Van Oordt (2), nous voyons l'un des médius devenir, chez l'adulte, le siége d'un dépôt gommeux. « Enfin, dit Lancereaux (3), il n'y a aucune raison pour que la synoviale et la gaîne fibreuse des tendons, ou même les muscles interosseux ne subissent pas l'influence syphilitique. »

De toutes ces altérations naîtraient des espèces différentes de dactylite syphilitique, et c'est pour éviter la confusion qui résulterait de ces subdivisions que W. Taylor a proposé, dans la dactylite syphilitique des adultes, de n'admettre que deux formes, l'une, superficielle (tissu cellulaire, tendons, articulations); l'autre, profonde (os et périoste). Dans la dactylite syphilitique infantile, ce n'est que secondairement qu'on a rencontré la dactylite superficielle. L'os est toujours le siége des premières altérations, ce qui concorde avec cette phrase de M. Ch. Mauriac, « ces lésions osseuses (périostoses, exostoses, etc.) précoces sont plus communes et plus graves dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise. »

M. Daga (4), auteur d'un travail sur la syphilis des Arabes, dit que les accidents tertiaires eux-mêmes se produisent souvent d'emblée, dans le cas de syphilis héréditaire. « Je ne puis m'expliquer autrement, écrit-il, l'existence d'exostoses synoviales, chez les jeunes enfants qui ne présentaient aucune trace de lésions à la peau, et qui, au dire des parents, n'avaient jamais offert d'autres accidents. » Quant aux inflammations syphilitiques du tissu cellulaire, quant aux ulcérations, nous verrons

---

os et le tissu cellulaire. Voir Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux, par M. Mauriac. *Gaz. des hôp.*, 1872, p. 899.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1871, p. 398 : La gomme syphilitique (histologie).

(2) Des tumeurs gommeuses, vol. XII, 1869.

(3) Lancereaux. *Traité théorique et pratique de la syphilis*, édit. 1866, p. 266.

(4) Daga. Documents pour servir à l'histoire de la syphilis chez les Arabes (*Archives de médecine*, 1864, t. II, p. 314).

ultérieurement qu'elles ne sont que des phénomènes de propagation, déterminés par les lésions du squelette.

Le lecteur comprend, par suite, pourquoi nous sommes entré dans des détails minutieux au sujet des modifications qui se passent dans les os, en général, sous l'influence du virus syphilitique. Nous allons étudier maintenant les divers aspects macroscopiques que déterminent ces déformations, et voir si les symptômes de la dactylite syphilitique congénitale ont un caractère pathognomonique, s'ils suffisent à poser le diagnostic.

(*A suivre.*)

Explication de la planche I.

Cette planche montre les lésions déterminées par la syphilis osseuse infantile en général (fig. 1 et 2), et par la dactylite syphilitique infantile en particulier (fig. 3 et 4).

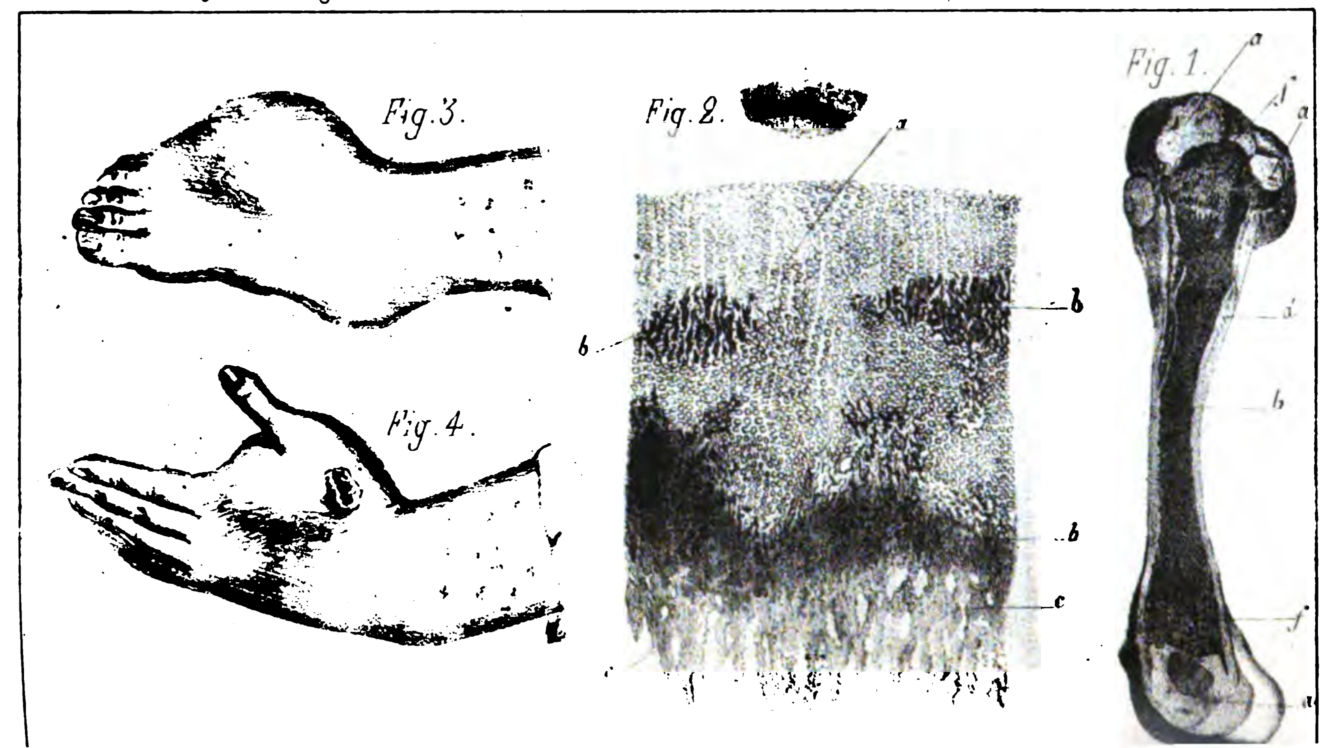
Fig. 1. — Cette figure, empruntée à la remarquable planche qui accompagne le travail de M. Parrot publié en 1872 dans les *Archives de physiogie* de Brown-Séquard, montre les modifications qu'on peut observer à l'œil nu dans une coupe faite sur un os long (fémur) frappé de syphilis.

a. Cartilage.
b. Tissu spongieux.
c. Tissu compacte de la diaphyse.
f. Exostose et couches de nouvelle formation sous-périostique.

Fig. 2. — La planche qui accompagne l'ouvrage de Wegner offre une coupe microscopique fort nette que nous avons cru, dans l'intérêt du lecteur, intéressante à connaître. Nous en donnons ici la reproduction.

a. Cellule du cartilage (couche chondro-calcaire).
b. Ostéoplastes qui se sont développés d'une façon irrégulière.
c. Stalactites osseuses.

Fig. 3 et 4. — Ces deux figures ont été dessinées d'après une planche coloriée du *Medical press and circular* (janvier 1872). Nous avons essayé de rendre le laisser-aller plus scientifique qu'artistique de la gravure anglaise.


Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 2.
a
b
b
b
c
Fig. 1.
a
a

CORRESPONDANCE.

A M. le Dr LEBLOND, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*.

MAIN BOTE SIMULANT UN PIED ET AYANT CAUSÉ UNE ERREUR DE DIAGNOSTIC AU MOMENT DE FAIRE LA VERSION.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de vous signaler un fait de pratique obstétricale que je crois assez rare et qui présente un véritable intérêt clinique. Souvent, personne ne l'ignore, soit que l'on éprouve des difficultés sérieuses à trouver les deux membres inférieurs d'un fœtus, soit qu'on veuille éviter à la mère des recherches toujours pénibles quand elles sont prolongées, souvent, dis-je, on fait la version en se servant d'un seul membre inférieur du fœtus.

Je viens de rencontrer un cas où une anomalie dans la conformation d'un membre supérieur a fait de cette règle ordinaire le point de départ d'une erreur de diagnostic inévitable d'après moi. Vos lecteurs liront, je l'espère, avec intérêt le récit sommaire de cette observation.

Le 4 avril 1875, vers onze heures du soir, je fus appelé en toute hâte auprès de madame T... C'est une femme très-vigoureusement constituée, habitant la campagne; elle est âgée de 36 ans et a déjà eu plusieurs enfants; elle est à terme d'une dernière grossesse qui n'a présenté pendant toute sa durée aucune complication. Les premières douleurs ont été ressenties vers quatre heures de l'après-midi; d'abord peu vives et assez éloignées, elles devinrent rapidement plus violentes en même temps qu'elles se rapprochaient. Vers neuf heures, les membranes se rompirent laissant écouler une quantité de liquide amniotique qui n'avait rien d'excessif.

A partir de ce moment, les douleurs cessèrent brusquement. Vers onze heures, en se levant, madame T... eut la sensation du passage d'un corps peu volumineux, et ce fut à ce moment qu'elle se décida à m'appeler.

Après m'être fait rendre compte de ce qui s'était passé, j'examinai la malade et je reconnus facilement une procidence du cordon qui sortait de la vulve, d'une longueur de 4 à 5 centimètres. Ce cordon était verdâtre et ne présentait plus de battements ; le fœtus était donc mort. La dilatation était complète et je reconnus une présentation du tronc en position céphalo-iliaque droite de l'épaule droite. Un bras pendait dans le vagin, je l'attirai au dehors et je constatai que la main manquait de pouce. Dans ces conditions, et en l'absence de toute contraction spontanée, l'évolution naturelle ne me parut pas possible et je me résolus à faire la version.

J'introduisis ma main dans la cavité utérine en me conformant aux préceptes classiques. Je rencontrai une extrémité articulée à angle droit sur le membre qui la supportait, et terminée par quatre appendices digitaux ; à l'extrémité opposée était une saillie osseuse arrondie qui me parut bien être le calcanéum. Je recherchais l'autre membre inférieur (car pour moi il n'y avait pas doute que l'extrémité que je sentais était un pied), mais ne le trouvant pas facilement, je me décidai à faire évoluer le fœtus avec le membre que je tenais ; toutes mes tentatives furent infructueuses. Voyant alors s'écouler une grande partie du liquide amniotique et les contractions reparaître, craignant que le fœtus ne s'engageât trop profondément, je fis demander M. le Dr Ficheux. Dès que je l'eus mis au courant de ce qui se passait, il tenta à son tour de faire la version avec le membre que j'avais saisi, et cela sans plus de succès que moi. Nous nous décidâmes alors à rechercher l'autre membre inférieur, et après avoir placé un lacs sur celui qui avait été trouvé le premier, M. Ficheux pénétra une seconde fois dans l'utérus, et parvint après quelques recherches à saisir un pied. Il tente alors de le rapprocher du premier, mais dès les premières tractions ce dernier se dérobe, l'évolution se fait facilement et l'accouchement s'achève facilement en quelques minutes. Les suites de couches furent des plus simples.

L'examen du fœtus nous expliqua les difficultés que nous avions rencontrées.

Comme je l'ai déja dit, la main droite n'avait pas de pouce.

mais sa direction était régulière. La main gauche n'avait pas de pouce non plus, mais de plus elle était renversée sur son bord cubital, de telle manière que l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras répondait au côté cubital du carpe au lieu de répondre à son extrémité supérieure. Cette dernière rejetée en dehors débordait le côté externe de l'avant-bras, de manière à simuler le talon. Le radius manque dans presque toute son étendue, et son extrémité inférieure est réduite à une petite facotte articulaire. Il résulte de cette disposition que la main ressemble à un pied, à cette seule différence près, que les extrémités digitales sont beaucoup plus longues qu'au pied (1). Aucune autre anomalie.

Cette courte observation soulève deux questions d'un véritable intérêt : 1° Quand on éprouve une difficulté pour faire évoluer le fœtus avec un seul membre, faut-il aller chercher l'autre membre pour se servir des deux, ou du second seulement ? 2° l'erreur de diagnostic pouvait-elle être évitée?

La variété même des anomalies semblables à celles que je viens de décrire prouve que l'on peut en quelque sorte n'en pas tenir compte. Ce n'est que dans le cas où après avoir échoué avec un membre, puis avec deux, qu'on serait autorisé à tenter la version avec le seul membre atteint le second.

Je crois que dans notre cas l'erreur de diagnostic était inévitable. En effet, la main anomale, même sur la table, simule un pied, à plus forte raison pouvais-je être trompé quand ma main introduite dans l'utérus ne jouissait pas de toute l'intégrité de sa sensibilité. Cependant si j'eusse suivi le membre, peut-être en trouvant l'aisselle, eussé-je été éclairé, mais j'avais si bien la certitude que j'avais atteint une extrémité inférieure que je n'ai pas cru devoir prolonger mes recherches. La longueur des doigts, la difficulté insurmontable rencontrée pour faire évoluer le fœtus devaient encore fixer mon attention. Mais la longueur des doigts était bien moins appréciable dans la cavité utérine que par l'examen anatomique. Quant à la difficulté

(1) La pièce dont il s'agit a été présentée à la Société anatomique dans séance du 9 juillet 1875.

éprouvée, je croyais qu'elle tenait, soit à une mauvaise position du fœtus, soit à un engagement trop profond, et dans de telles circonstances la meilleure pratique m'a paru consister à saisir les deux membres inférieurs.

Quoi qu'il en soit, je crois encore que l'erreur était inévitable, et que dans un cas analogue, si l'on n'est pas averti de cette disposition possible, elle serait encore commise; c'est pourquoi j'ai cru devoir vous adresser cette observation digne, je le crois, d'être connue.

Veuillez agréer, etc. H. COULON.

Eterpigny (Pas-de-Calais).

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

DES OPÉRATIONS DESTINÉES A REMÉDIER A LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE

Lettre du Dr Bozeman.

Nous extrayons les passages suivants d'une lettre adressée à notre confrère, le Dr Jean-F. Chauveau :

Dans ma dernière lettre, j'avais promis de vous donner le résultat de mes opérations à Heidelberg. J'y suis resté six semaines, dans la société du professeur Simon, qui m'a reçu avec beaucoup d'amabilité, et a paru charmé de pouvoir faire une étude comparative du mérite de nos deux méthodes opératoires. Il a opéré quatre fois suivant ses idées et avec les résultats que voici : trois succès incomplets, une mort.

Son premier cas était une fistule simple, bien nette, située au bas-fond de la vessie. L'utérus était mobile ; on pouvait le repousser facilement en arrière, manœuvre nécessaire au succès de l'opération par la méthode du professeur Simon pour les fistules situées un peu haut. Les sept huitièmes environ de l'orifice furent oblitérés.

La seconde observation portait sur une femme à laquelle il avait fait subir l'oblitération de la vulve sept ans auparavant

Mais on avait eu pour résultat d'amener de la cystite et de provoquer la formation d'une pierre dans le vagin, au-dessus du siége de la réunion. Finalement, la pierre avait divisé la cicatrice et rouvert le vagin. Dans cette situation vraiment déplorable, la malade s'adressa de nouveau au professeur Simon. Pour la seconde fois, il sutura le vagin, comme je le pensais moi-même. Mort le dixième jour. Autopsie : la réunion de la fistule, ou plutôt du vagin, n'a pas eu lieu; les deux bords dénudés, puis rapprochés, ont cédé. Les deux reins sont fort malades ; il y a un calcul dans l'uretère droit, au voisinage de la vessie ; adhérences anciennes autour de l'utérus. Diminution de la capacité de la vessie, cystite. La fistule primitive est assez large pour laisser passer l'extrémité de l'indicateur. Le vagin est rétréci et raccourci.

Je puis dire ici que l'on a trouvé dans ce cas toutes les lésions que j'ai indiquées comme devant résulter de l'oblitération de la vulve dans le plus grand nombre des cas, et que l'on trouvera consignées dans mon mémoire (*American journal of med. sc.,* July 1870).

Le troisième cas du professeur Simon était celui d'une dame russe, sur laquelle, neuf mois auparavant, un autre chirurgien avait pratiqué avec succès l'oblitération de la vulve. Le mari, impatient de cette obstruction, et trouvant d'ailleurs médiocre l'amélioration apportée dans la rétention des urines, vient consulter le professeur Simon. A l'examen, celui-ci trouva que la fistule n'était pas considérable, et alors il pensa à rétablir le vagin. Après cette opération, il tenta d'oblitérer la fistule qui était située à la naissance de l'urèthre. L'opération fut faite au moyen de mon petit spéculum que le professeur Simon parut beaucoup apprécier; mais le résultat ne fut pas absolument heureux, sans doute à cause d'un certain degré de cystite, qui existait depuis quelque temps. Neuf ou dix jours après l'opération, la malade eut de la pyélite, d'après ce que nous supposâmes, suite probable de l'oblitération de la vulve et de la cystite.

Enfin, en quatrième lieu, le professeur Simon eut affaire à une jeune femme de vingt ans environ, affectée d'une petite fis-

L'enlèvement des sutures confirma de point en point mes prévisions. Au milieu de la ligne de cicatrisation, il reste une petite fistule de 2 pouces de long à peu près. Ce qui reste de l'ouverture anormale est, à vrai dire, une fistule vésico-urétéro-vaginale. Mais, maintenant que le siége précis de l'uretère m'est connu, il n'y a plus aucune difficulté dans l'opération à intervenir; je retournerai probablement à Heidelberg pour compléter la guérison.

A ma seconde opération et à celle du professeur Simon, faites le même jour, assistait le célèbre ovariotomiste, Dr Kœberlé, de Strasbourg. Il vint à Heidelberg, et y resta deux jours pour nous voir opérer. Le professeur Simon admet franchement la supériorité de mon opération dans tous les cas où la fistule est située haut. Il apprécie beaucoup mon spéculum, et il a demandé à garder l'image de tous mes instruments, même celle de mon fauteuil à opération.

Je compte aller à Vienne la semaine prochaine, et, si l'occasion s'en présente, j'y ferai quelques opérations.

Je suis, etc. N. Bozeman.

(*Medical Record*, July 24, 1875, *New-York*. Traduit de l'anglais par le Dr Edouard Labarraque.)

REVUE CLINIQUE

Rétrécissement des détroits supérieur et inférieur par ostéomalacie, provocation de l'accouchement prématuré artificiel à 7 mois et 3 semaines. — Version podalique, puis application du forceps au détroit supérieur. — Mort de l'enfant quelques minutes après l'extraction. — Guérison de la mère, par M. le Dr Pilat, professeur d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine de Lille.

La nommée J. M..., âgée de 30 ans, couturière, de petite taille (1 m. 37 c.), d'un tempérament lymphatico-nerveux, enceinte pour la deuxième fois, a subi à 23 ans, avant son mariage, les premières atteintes de l'ostéomalacie. A cette époque, elle a ressenti des douleurs dans le dos, les reins et les membres inférieurs, mais surtout dans les reins, avec difficulté dans la marche et fatigue dans la sta-

tion debout. Peu à peu la colonne vertébrale s'est incurvée à partir de la 4e vertèbre dorsale, jusqu'à la partie inférieure du sacrum.

Aujourd'hui, cette incurvation est très-prononcée, et les apophyses épineuses font saillie à la surface du dos et des lombes; les jambes et les cuisses sont droites et ne portent aucune trace de rachitisme; les bras ne sont pas non plus mal conformés.

Son premier accouchement remonte à deux ans : l'enfant se présentait par le vertex. Le travail dura plusieurs jours, et l'extraction du fœtus par le forceps fut très-laborieuse : on amena un enfant mort. Pendant le travail, la vulve et le vagin, fortement comprimés par la tête du fœtus arrêtée au détroit inférieur et par le forceps, se tuméfièrent et offrirent, après la délivrance, des eschares superficielles qui guérirent assez rapidement et ne laissèrent aucune cicatrice appréciable.

Pendant une dizaine de jours, il y eut également une incontinence d'urine par suite de paralysie de la vessie. M. le docteur Petit, qui assistait cette femme, en ville, avec une accoucheuse qui l'avait fait appeler, reconnaissant un rétrécissement marqué du bassin, lui conseilla, dans le cas où elle redeviendrait enceinte, de consulter un médecin, une fois arrivée à sept mois de grossesse.

Le 23 mai 1874, cette femme entra à la Clinique d'accouchements, enceinte de sept mois et demi, ses règles ayant paru pour la dernière fois dans les premiers jours d'octobre.

M. Petit, mon suppléant, chargé du service pendant le semestre d'été, me fit prévenir de l'arrivée de cette femme, afin de l'examiner ensemble et de décider la conduite à tenir dans ce cas de dystocie.

Le 28 mai, nous reconnûmes, au moyen du palper de l'abdomen, dont les parois étaient minces, que l'enfant était situé transversalement, dos en arrière, tête à droite au-dessus de la fosse iliaque, siége à gauche plus bas que la tête. Les mouvements actifs du fœtus étaient facilement perçus; les doubles battements du cœur fœtal s'entendaient parfaitement un peu à droite, à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Le doigt, introduit dans le vagin, parvenait difficilement à atteindre le col de l'utérus, qui était mou et dirigé en arrière ; il ne rencontrait dans le bassin, à travers les parois utérines, aucune partie fœtale distincte; il pouvait également parcourir toute la cavité du sacrum, sans rencontrer en haut un angle sacro-vertébral un peu proéminent. Dans la station debout, le ventre de cette femme tombait fortement en avant (ventre en besace).

Le compas d'épaisseur de Baudelocque, combiné avec la mensuration interne, nous donna les dimensions suivantes, pour les différents diamètres du bassin.

Pour le grand bassin :

1° D'une épine iliaque antéro-supérieure d'un côté à celle du côté opposé, 0,250 millimètres;

2° D'une épine iliaque antéro-inférieure d'un côté à celle du côté opposé, 0,191 millimètres;

3° De la partie la plus évasée de la crête iliaque d'un côté à celle du côté opposé, 0,272 millimètres;

4° De l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire au bord supérieur de la symphyse du pubis, 0,192 millimètres, sans défalcation.

Pour le détroit inférieur :

1° D'une tubérosité sciatique à l'autre, 0,058 millimètres, sans déduction des parties molles;

2° D'une épine sciatique à celle du côté opposé, 0,072 millimètres;

3° De l'extrémité du coccyx à la partie inférieure de la symphyse pubienne, 0,091 millimètres.

La disposition des os de la région lombaire et de la partie postérieure du bassin que nous avons signalée plus haut, empêchait le promontoire de faire une saillie considérable au détroit supérieur; mais l'inclinaison du pubis d'avant en arrière et de haut en bas, et le rapprochement, par suite d'aplatissement, des branches descendantes du pubis, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, contribuaient à rétrécir l'aire du détroit inférieur, et à donner au détroit supérieur, dans le sens du diamètre antéro-postérieur, la forme d'un Y à branches suffisamment écartées en arrière. Cette configuration nous faisait espérer que la tête pourrait, comme dans le premier accouchement, s'engager sans trop de difficulté dans l'excavation, et arriver au détroit inférieur, d'où elle pourrait être extraite par le forceps.

Nous avions donc affaire ici à un bassin évasé supérieurement, dans le sens transversal surtout, avec torsion de la partie inférieure des os iliaques, qui avait amené un rétrécissement du diamètre transverse du détroit inférieur. C'est cette forme que l'on a désignée sous le nom de bassin en entonnoir. Outre ces altérations, nous reconnûmes que la hanche gauche était un peu plus élevée que la droite, et en mesurant les distances entre les épines antéro-supérieure des deux côtés, et les épines iliaques postéro-supérieures des côtés opposés, nous trouvâmes pour l'antéro-supérieure gauche, 0,22 centimètres et 0,25 centimètres pour l'antéro-supérieure droite. Le côté gauche du bassin était donc légèrement rétréci.

Dans l'espèce, s'il s'était agi d'une primipare, peut-être eût-il été prudent d'attendre le terme de la grossesse, dans l'espoir que l'enfant étant petit, les efforts de la nature auraient surmonté ces obstacles à la délivrance naturelle, car il existe toujours quelques différences dans les résultats de la mensuration, quelque bien faite qu'elle soit.

entre les dimensions réelles et celles obtenues par les instruments, à cause de l'épaisseur variable des parties molles, qu'il est difficile d'apprécier exactement. Mais ici nous avions déjà eu un accouchement laborieux, avec mort de l'enfant, et danger couru par la femme. Nous crûmes, M. Petit et moi, qu'il était sage de proposer à cette femme l'accouchement prématuré artificiel, qui lui donnerait toute chance de pouvoir réaliser son désir très-vif d'avoir un enfant vivant. Cette proposition ayant été acceptée, nous choisîmes la méthode de de Kivisch.

Le 30 mai au soir, la grossesse étant arrivée à sept mois et trois semaines environ, la femme fut placée sur le bord de son lit, les jambes écartées et supportées chacune par une chaise, la tête et le dos appuyés sur des oreillers, comme pour les opérations obstétricales; nous procédâmes à une première irrigation avec l'appareil Eguisier, l'eau ayant une température de 25 à 26° centigrades.

Le jet fut dirigé, pendant 15 minutes, sur le segment inférieur de l'utérus et au pourtour du col.

Après cette première irrigation, le col parut ramolli et entr'ouvert au point d'admettre la pulpe de l'index dans son intérieur.

Le lendemain, 31, deux irrigations, l'une à dix heures du matin, l'autre à 5 heures du soir, furent répétées, quelques frictions douces exercées sur le col, avec le doigt index et sur le fond de l'utérus, avec la main gauche, amenèrent un commencement de rétraction de tout l'organe, mais sans douleurs.

Le 1er juin, les irrigations sont continuées sans amener de changement sensible dans l'état du col.

Le 2, après la deuxième irrigation, le col se dilate et permet l'introduction facile du doigt qui sent parfaitement les membranes, quand l'utérus se rétracte. Afin d'augmenter l'effet de l'irrigation, nous décollons avec le doigt les membranes dans une étendue de quelques centimètres sur tout le pourtour du col. Pendant la nuit suivante, la malade commence à ressentir dans la région hypogastrique quelques douleurs qui annoncent un commencement de travail.

Le 3, au matin, nouvelle irrigation, dans laquelle nous dirigeons, avec précaution, la canule dans le col, et l'insinuons entre l'utérus et les membranes décollées. A la suite de l'irrigation, nous exerçons quelques tractions modérées sur le col, qui se dilate comme une pièce de 2 francs ; nous sentons un petit membre à travers les membranes tendues, puis nous appliquons sur le col un peu d'extrait de belladone. Après l'irrigation du soir, des douleurs plus manifestes que la veille reparaissent, mais cette fois vers le fond de l'utérus, et persistent toute la nuit, avec des intervalles de repos d'une demi-heure.

Le 4, au matin, le col étant dilaté comme une pièce de 5 francs, et

cédant facilement à une traction légère exercée avec le doigt, nous tentons, dans l'intervalle des douleurs, de pratiquer la version céphalique par manœuvres externes; mais cette tentative, répétée deux fois, ne réussit pas parce que le siége et les membres inférieurs du fœtus étaient trop engagés dans l'ouverture supérieure du bassin.

Vers deux heures du soir, les membranes s'étant rompues au-dessus du col, il s'écoula environ 300 grammes de liquide. L'interne de garde nous fit prévenir immédiatement. A notre arrivée (2 h. 1/2), les douleurs étaient soutenues et revenaient toutes les 5 minutes environ. Le col, suffisamment dilaté, laissait bomber, à travers son orifice, la poche des eaux reformée.

Le temps de délivrer la femme étant arrivé, nous n'avions pas le choix dans le moyen à employer : il fallait pratiquer la version par les pieds.

La rupture de la poche des eaux étant effectuée, et la vessie vidée complètement, nous fîmes relever le ventre de la femme par un aide, et nous amenâmes, sans difficulté, les deux pieds à l'orifice de la vulve; quelques tractions légères firent descendre le siége, la hanche gauche en avant, la droite en arrière, le dos tourné à gauche, puis le tronc suivit jusqu'à l'ombilic. Mais le mouvement de rotation qui devait amener le dos sous l'arcade du pubis ne s'effectuant pas, nous imprimâmes aux cuisses et aux fesses un léger mouvement en spirale de gauche à droite, afin de provoquer un mouvement semblable de la partie du tronc restée dans le bassin. Cette manœuvre n'ayant produit aucun effet, nous introduisîmes la main droite dans le vagin et l'utérus, afin de rechercher la cause de cet arrêt dans la marche de l'extraction : elle nous fit reconnaître que les bras du fœtus étaient défléchis, et que l'épaule droite était enclavée, en quelque sorte, entre le promontoire et la partie postérieure de l'os coxal au-devant de l'aile droite du sacrum, et ne pouvait par conséquent se porter à gauche et suivre le mouvement imprimé à la partie inférieure du tronc.

La tête, située au-dessus du détroit supérieur, était placée transversalement et défléchie. Le bras droit fut amené après de grandes difficultés au devant de la poitrine, et finalement dans la cavité du bassin, après avoir subi une flexion de l'humérus, un peu au-dessus du coude. Par la même manœuvre, exécutée avec l'index de la main gauche, l'autre bras fut assez facilement dégagé, puis quelques tractions exercées sur les membres inférieurs firent descendre les épaules dans le bassin; mais la tête, fortement défléchie, ne suivit pas ce mouvement et resta accrochée au-dessus du rebord de la ligne innominée.

Malgré les tentatives réitérées, faites par M. Petit et moi, pour saisir la mâchoire inférieure et opérer la flexion de la tête sur le tronc, nous ne pûmes l'engager dans l'excavation.

Quelques mouvements exécutés par les membres inférieurs du fœtus et les pulsations parfaitement senties dans le cordon, nous indiquaient que l'enfant était encore vivant, et nous prîmes le parti d'appliquer immédiatement le forceps, afin de terminer l'accouchement le plus tôt possible. Le tronc de l'enfant étant relevé par un aide vers le pubis, et un peu à gauche de la femme, nous pûmes, après l'introduction des branches, saisir la tête latéralement, suivant le diamètre bipariétal. Quelques tractions exécutées en portant les branches du forceps fortement en arrière et à gauche, en même temps que les épaules et le col étaient refoulés dans le même sens par M. Petit, suffirent pour amener assez rapidement la tête au détroit inférieur. Comme ce passage était la partie la plus rétrécie du bassin, nous enlevâmes les branches du forceps, afin de ne pas augmenter le diamètre transversal de la tête. Celle-ci était placée obliquement par suite d'un mouvement de rotation imprimé au forceps, afin d'amener l'occiput au devant des ligaments sacro-sciatiques du côté gauche, et le menton au-dessus de la branche ascendante de l'ischion du côté droit.

Après avoir introduit un doigt de la main gauche dans la bouche de l'enfant, et appliqué deux doigts de la main droite sur les parties latérales du cou, nous parvînmes à faire fléchir assez fortement la tête sur le tronc, pour terminer l'accouchement.

L'enfant donnait encore quelques signes de vie : on sentait les battements du cœur; ils avaient conservé assez de force pour imprimer quelques vibrations à la paroi de la poitrine; mais, malgré les soins dont il fut l'objet, il ne put être animé et mourut au bout de dix minutes environ.

L'expulsion du placenta eut lieu par expression utérine.

Les suites de couches ont été naturelles : pas de douleurs, pas d'hémorrhagies. Pendant les cinq premiers jours, la température du corps ne s'éleva pas au-dessus de 38°,2. Le pouls ne dépassa pas 84 pulsations. La sécrétion du lait n'eut aucune influence sur les autres fonctions, et vers le douzième jour la malade était rétablie. Le volume de l'enfant était celui d'un fœtus ordinaire, à 8 mois de grossesse.

Les diamètres de la tête, mesurés avec le compas d'épaisseur de Baudelocque, nous donnèrent les chiffres suivants :

Pour le bipariétal, 8 c. 6 millim. ;
Pour le bitemporal, 7 c. 4 millim. ;
Pour l'occipito-frontal, 10 c. 2 millim. ;
Pour l'occipito-mentonnier, 10 c. 8 millim. ;
Pour le sous-occipito-frontal, 9 c. 7 millim. ;
Pour le sous-occipito-bregmatique, 9 c. 4 millim.

Tous ces diamètres pouvaient, comme nous nous en sommes assuré, subir, par une légère compression, une diminution de 1 c.

à 1 c. 5 millim., par suite du chevauchement des os les uns sur les autres.

Réflexions. — Dans le cas présent, l'historique de l'accouchement précédent, et les difficultés que l'on eut à surmonter pour opérer l'extraction du fœtus, ne laissaient, comme nous l'avons dit plus haut, aucun doute dans notre esprit sur l'opportunité la nécessité même de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, pour n'avoir pas à faire subir à la femme, arrivée au terme de sa grossesse, une opération grave qui, tout en sacrifiant son enfant, pouvait de nouveau mettre sa vie en danger. En laissant même les antécédents de côté, la mesuration du bassin nous autorisait à agir comme nous l'avons fait, malgré l'opinion contraire exprimée à la Société obstétricale de Londres, par le Dr Macdonald, qui repousse, en pareil cas, toute intervention avant terme.

Quant au choix du mode de délivrance à employer, nous n'en avions pas à faire ; les circonstances nous ont forcé à recourir à la version podalique comme le seul moyen pour extraire l'enfant. Aussi, comme cela n'arrive que trop souvent dans les bassins rétrécis, dans plusieurs sens, nous avons rencontré des difficultés qui ont, sans aucun doute, contribué par le temps que nous avons mis à les surmonter, à affaiblir les forces du fœtus incomplètement développé.

Quant à la facilité, nous dirons même la rapidité avec laquelle nous avons pu amener avec le forceps la tête au détroit inférieur et lui faire franchir ce passage, cela tient à plusieurs causes qu'on est loin de rencontrer dans tous les bassins rétrécis : d'abord, le bassin de cette femme, rétréci par ostéo-malacie, présentait un des caractères des bassins cyphotiques, en ce que l'angle sacro-vertébral ne proéminait point au détroit supérieur et même était en partie effacé, disposition qui venait compenser la déformation causée par l'aplatissement des branches du pubis ; en second lieu, il participait un peu des caractères des bassins rétrécis obliquement, et le front, qui, chez notre fœtus, présentait la partie la plus large de la tête, put traverser sans difficulté la partie droite de l'excavation qui offrait des dimensions plus favorables que le côté gauche. En troi-

sième lieu, la compressibilité de la tête du fœtus non à terme, saisie latéralement, permettait une réduction de 1 centimètre au moins, dans les diamètres pariétal et temporal.

Si, au contraire, nous avions laissé marcher la grossesse jusqu'à terme, et favorisé par cette temporisation l'augmentation du volume de la tête, nous aurions été forcé probablement de pratiquer la crâniotomie et la céphalotripsie, et cela dans des conditions plus fâcheuses pour la mère que quand le sommet se présente au détroit supérieur.

La version, nous le savons, est préférée au forceps par la plupart des accoucheurs anglais, et Simpson, en particulier, pour les résultats avantageux qu'il en a obtenus. C'est sans doute parce qu'il n'avait affaire qu'à des rétrécissements modérés, variant de 0,08 à 0,09 centimètres par exemple, qu'il a obtenu de pareils succès. Cette supposition nous est suggérée par l'absence de toute indication des dimensions du bassin et d'éléments d'appréciations dans les observations sur lesquelles il s'appuie pour préférer son mode de délivrance.

La version fait aussi courir à l'enfant de grands dangers par suite des tractions qu'on est obligé d'exercer sur lui pour dégager la tête et de la compression que peut subir le cordon sur un des points du détroit supérieur.

Nous avons eu l'occasion de comparer les deux méthodes dans des cas presque identiques ; nous donnons la préférence au forceps, surtout si son application est faite avant que les forces de la femme soient épuisées par les contractions énergiques de l'utérus pour surmonter l'obstacle. La version est une opération mauvaise dans les rétrécissements un peu prononcés, parce qu'elle est presque toujours accompagnée de l'arrêt de la tête au détroit supérieur et de sa déflexion, parce que les diamètres du crâne ne se présentent pas alors dans la direction favorable à son engagement et à son expulsion.

Ajoutons, enfin, à ces considérations que cette manœuvre, exécutée par une main peu exercée ou maladroite, dans les cas où la matrice est rétractée sur le fœtus, expose la femme à des lésions plus ou moins graves des organes de la génération.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Vaginisme. — La parole est donnée à M. TRÉLAT pour faire une communication sur le *vaginisme*. M. Trélat établit d'abord que le vaginisme est un symptôme et rien qu'un symptôme; il rappelle toutes les divisions données par les auteurs selon le siége (vaginisme supérieur, inférieur), selon la marche : vaginisme continu, intermittent, persistant. M. Trélat veut attirer l'attention de la section sur ce fait que l'on peut voir le vaginisme survenir sous l'influence de lésions très-légères et disparaître totalement lorsque ces lésions sont guéries.

Il cite trois faits à l'appui de sa thèse : Dans le premier, une jeune femme de 22 ans présentait le vaginisme sous l'influence de très-légères ulcérations du col accompagnées d'antéversion et d'antéflexion. Depuis deux ans cette jeune femme avait dû renoncer à tout rapport sexuel.

La guérison fut obtenue, mais demanda plusieurs mois. Chez cette malade, les premières explorations déterminaient un mélange de douleur et de sensations voluptueuses fort pénibles pour la malade. Les deux autres cas, cités par M. Trélat, présentent beaucoup d'analogie avec le premier, mais sont plus atténués. Au point de vue de la physiologie pathologique, M. Trélat s'élève contre le terme contracture spasmodique imposé au vaginisme. Il faut nommer cet état contracture. En terminant, M. Trélat s'élève contre l'emploi d'opérations chirurgicales sérieuses dans le vaginisme et dit qu'il faut tout au moins les réserver pour les cas très-rebelles.

M. COURTY partage l'opinion de M. Trélat : il a rencontré des faits analogues. Il croit aussi qu'on doit réserver les opérations pour ces cas exceptionnels.

Anatomie de l'ovaire. — M. DE SINÉTY a la parole pour une communication sur quelques points de l'*anatomie de l'ovaire* et de l'utérus chez les nouveau-nés. On observe dans l'ovaire des petites filles, peu de jours après leur naissance, un gonflement des vésicules de de Graaf analogue à celui que l'on observe chez la femme après la puberté, mais ces follicules ne déversent leurs produits dans les trompes comme chez la femme adulte.

Quelques années après la naissance, on ne trouve plus ces follicules gonflés, M. de Sinéty rapproche ce fait du cas suivant observé par Merkel : c'est que les petits garçons ont dans les testicules, à la

poque de la naissance, des cellules analogues à celles où se développeront plus tard les spermatozoïdes; quelque temps après la naissance, ces cellules disparaissent pour ne se retrouver qu'à la puberté.

Enfin, on sait qu'au moment de la naissance des enfants des deux sexes présentent une sécrétion de la mamelle que M. de Sinéty a reconnue être une véritable sécrétion lactée. C'est un fait assez remarquable que cette poussée génitale chez les enfants naissants.

M. de Sinéty termine sa communication par quelques mots sur l'épithélium de l'utérus, très-difficile à bien observer parce qu'il s'altère trop rapidement. Il a trouvé que le col de l'utérus était tapissé par des cellules caliciformes sécrétant un mucus épais. Dans le corps de l'utérus où le produit de sécrétion est bien plus fluide, on trouve des cellules cylindriques; ces cellules cylindriques n'ont de cils vibratiles que chez la femme adulte (1). (Séance du 21 août, *Progr. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Guéniot donne lecture du rapport suivant sur un travail de M. le Dr Boissarie, intitulé :

Du céphalotribe et de ses abus (2).

Messieurs,

Il y a neuf ans à pareille époque, dans un parallèle entre l'opération césarienne et la céphalotripsie, votre rapporteur disait de cette dernière : « Son domaine, déjà fort étendu, n'a cessé de s'agrandir encore, et le seul écueil qui semble pouvoir la menacer est un engoûment exagéré qui la conduirait à abuser de sa propre puissance. » Cette phrase, reproduite par M. Boissarie, pourrait en quelque sorte servir d'épigraphe au mémoire dont je viens vous rendre compte, au nom d'une commission composée de MM. Blot, de Saint-Germain et Guéniot, rapporteur.

L'auteur, qui pratique dans une région importante de la province, a été frappé, comme je l'avais été moi-même, de l'abus que l'on fait trop fréquemment du céphalotribe. Cet instrument, de nos jours assez répandu, n'est plus en effet, dans nombre de cas, un instrument de réserve ; c'est un second forceps, que l'on emploie contre des difficultés parfois très-légères et à l'aide duquel on sacrifie l'existence de beaucoup d'enfants. Méconnaissant les règles d'une bonne manœuvre du forceps, on ne sait pas tirer de ce précieux instrument tous les avantages qu'il est susceptible de donner. Alors, après en avoir fait

(1) Voir pour plus de détails la communication de M. de Sinéty, sur le même sujet, à la Société de biologie, p. 229.

(2) Le mémoire de M. Boissarie a été publié dans le numéro de Juin des *Annales de gynécologie.*

coup sur coup, et sans succès, plusieurs applications incorrectes, on se persuade que l'accouchement est impossible par les moyens ordinaires; puis on se décide à perforer le crâne de l'enfant.

Certes, personne ne constestera que ce ne soit là une pratique profondément regrettable. Sa réalité, cependant, est telle que je viens de l'exposer. Combien de fois déjà n'avons-nous pas été mandé pour terminer par la céphalotripsie, des accouchements dont la prétendue difficulté résidait, pensait-on, dans un rétrécissement du bassin! rétrécissement bien imaginaire, car il suffisait d'une simple application de forceps pour amener avec facilité l'enfant au dehors. L'insuccès des premières tentatives ne reconnaissait évidemment d'autre cause que l'inexpérience de l'opérateur. Heureux encore quand une sage prudence avait inspiré, à temps, l'idée de réclamer du secours! Dans d'autres cas, il existait bien réellement un obstacle à l'extraction, mais un de ces obstacles que l'on peut vaincre à l'aide du forceps, pourvu que les tractions soient bien dirigées, soutenues et plus ou moins énergiques.

Comme base de son travail, M. Boissarie relate quatre exemples de ce genre; j'aurai bientôt à vous les faire connaître par une brève analyse.

Vous le voyez, messieurs, le sujet du mémoire est bien déterminé: il s'agit des empiètements du céphalotribe sur le domaine du forceps. Sans doute, ces empiètements ne sont point prémédités; ils sont le résultat de l'erreur et de l'inexpérience, bien plutôt que la conséquence d'une théorie que l'on voudrait appliquer. Mais une telle pratique n'en est pas moins chose fâcheuse, et il importe, à mon avis, qu'elle soit hautement signalée, afin que les intéressés se mettent en état de la modifier.

Le premier fait que rapporte M. Boissarie est relatif à une jeune primipare de 19 ans, qui était en travail depuis deux jours. La tête du fœtus se trouvait arrêtée au détroit supérieur, « soit par son volume, soit par le gonflement des parties molles, soit par un léger rétrécissement du bassin, soit plus probablement, dit le narrateur, par toutes ces causes réunies. » Un médecin assisté d'une sage-femme avait déjà tenté sans résultat plusieurs applications de forceps; puis désespérant de conduire l'accouchement à bonne fin, il s'était décidé à perforer le crâne. Mais cette mutilation n'avait pas rendu, entre ses mains, l'emploi du forceps plus fructueux, et c'est alors que, dépourvu de céphalotribe, il avait fait mander du secours. A son arrivée, M. Boissarie, n'ayant lui-même à sa disposition qu'un forceps, dut recourir à cet instrument. Dès la seconde application, et grâce à des efforts énergiques qui étonnèrent le premier confrère, il parvint à effectuer l'extraction d'un enfant assez volumineux. La mère fut prise, trois heures après, d'une hémorrhagie très-grave; néanmoins elle se

rétablit assez promptement et, depuis lors, elle est accouchée trois fois avec une grande facilité.

La troisième observation concerne une femme de 25 ans, enceinte pour la 2e fois et qui était en travail depuis la veille. Quoique la dilatation fût complète depuis plusieurs heures, l'intensité soutenue des contractions utérines n'était point parvenue à faire progresser la tête du fœtus. Quatre applications de forceps ayant été successivement tentées sans résultat, les bruits du cœur cessèrent bientôt d'être perçus et la céphalotripsie fut dès lors décidée. On appela M. Boissarie pour la pratiquer. Mais, jugeant que l'insuccès des premiers opérateurs devait dépendre de la faiblesse de leurs tractions, notre confrère voulut faire une nouvelle expérience avec le forceps. Alors, s'arc-boutant avec le pied contre le bord du lit, il employa toutes ses forces à tirer ; la tête resta d'abord immobile, puis bientôt elle commença à descendre, et quelques instants après, l'accouchement était terminé. L'enfant, né vivant, succomba au bout de trois jours sans avoir voulu prendre le sein. Quant à la mère, elle se rétablit sans aucun accident.

Enfin, le quatrième cas est emprunté à une communication faite à la Société médicale de la Dordogne (séance du 3 décembre 1874), par un médecin du département. Ce confrère avait été récemment appelé près d'une femme en travail depuis la veille. Un premier médecin venu avant lui, avait constaté que l'enfant se présentait par la face et que le front correspondait au centre du détroit supérieur. N'ayant pu terminer l'accouchement par le forceps, ce même confrère avait pratiqué sur le front une large perforation. C'est dans ces conditions que le médecin consultant (narrateur du fait), intervenant à son tour avec le forceps, parvint à extraire sans aucune difficulté un enfant qui vivait encore. Celui-ci, malgré la mutilation qu'il avait subie, prolongea son agonie pendant un quart d'heure.

Tels sont, messieurs, les faits que M. Boissarie apporte à l'appui de la thèse énoncée plus haut. Pour un sujet si grave, on peut trouver que le corps de preuves est assez modeste ; néanmoins, tel qu'il est, il me paraît offrir une réelle valeur. Ce sont bien là, en effet, des observations photographiées sur nature, et qui reproduisent les indécisions, les lacunes et les erreurs d'une pratique obstétricale mal affermie. Quoique l'on ne puisse rigoureusement conclure, avec l'auteur du mémoire, que le bassin de telle ou telle femme n'est pas vicié du moment qu'elle a pu accoucher spontanément avec facilité, cependant on ne saurait nier que le plus souvent cette prévision se trouve parfaitement fondée. A ce point de vue, l'intervention du céphalotribe ou, plus exactement, de la crâniotomie était donc, dans les cas relatés, chose bien inopportune ; et l'on peut dire qu'elle a été réellement abusive chez les femmes des 2e et 4e observations.

Enfin, permettez-moi de vous signaler en passant deux points

qui, pour être secondaires, n'en présentent pas moins une grande importance.

C'est d'abord l'emploi des tractions énergiques et soutenues, à l'aide desquelles M. Boissarie parvint, deux fois, à effectuer avec le forceps l'extraction de l'enfant; et cela, sans que la mère en éprouvât des suites compliquées.

C'est, en second lieu, le fait de la non-perception des bruits cardiaques du fœtus, alors cependant que celui-ci n'a pas cessé de vivre. La troisième observation du mémoire offre un exemple de ce genre. On croyait l'enfant mort; son cœur paraissait avoir cessé de battre, et l'application du forceps le fit naître vivant! De telles erreurs ne sont pas très-rares: mais on semble ignorer qu'il en est ainsi. Pour ma part, je puis en citer, parmi plusieurs, un cas bien remarquable: Il y a quelques années, sur l'invitation de notre collègue, M. Tarnier, nous nous trouvions réunis en certain nombre à la Maternité, pour une opération césarienne qui devait être pratiquée sur une femme rachitique. MM. Depaul, Blot et de Saint-Germain, qui étaient présents, se rappelleront peut-être ce que je vais dire. Avant de procéder à l'opération, on voulut s'assurer à nouveau de l'état de vie de l'enfant; mais il fut impossible de retrouver les bruits qui, la veille encore, avaient été nettement perçus. L'exploration fut répétée à diverses reprises et par des personnes compétentes: toutes ne constatèrent que le silence. On crut, dès lors, que l'enfant était mort, et l'idée vint de se reporter vers la céphalotripsie. On discuta les chances de succès que pouvait donner cette opération; mais l'extrême rétrécissement du bassin ne permettant d'autre intervention que la section césarienne, celle-ci fut, en définitive, mise à exécution. Quelles ne furent pas notre surprise et notre satisfaction à tous, quand, à peine sorti de ses enveloppes, l'enfant se mit à crier avec vigueur! Sa vitalité, comme son développement, ne laissait, en effet, rien à désirer.

Messieurs, le mémoire de M. Boissarie ne se compose pas seulement d'observations cliniques. Outre les réflexions dont celles-ci sont accompagnées et qui généralement m'ont paru judicieuses, ce travail renferme encore l'indication du remède qu'il conviendrait d'opposer aux abus signalés. Sur ce point particulièrement délicat, l'auteur a su dire avec finesse tout ce qu'il voulait dire. Rappelant, en quelques mots, l'abus souvent dénoncé que font de l'ergot de seigle la plupart des sages-femmes, il cite un passage du discours de M. Depaul sur cette question et, de même que notre éminent collègue, conclut en disant: « Plutôt que de proscrire l'emploi de l'ergot, il serait préférable d'insister sur la nécessité de donner aux sages-femmes une instruction plus complète et plus solide; » de même, notre confrère de Sarlat laisse discrètement comprendre qu'on devrait exiger des

jeunes médecins une connaissance plus approfondie de la manœuvre du forceps, en même temps qu'une circonspection plus grande dans l'emploi du céphalotribe. Pour ma part, j'accepte pleinement cette déduction, que je considère comme parfaitement justifiée. Sans doute, la Société de chirurgie n'a pas à intervenir activement en cette matière; mais, grâce à la haute autorité dont elle jouit, elle peut, du moins moralement, exercer une heureuse influence sur la réalisation d'une telle réforme.

M. Boissarie remarque avec raison que généralement on ne publie pas les faits malheureux de la pratique. C'est, en effet, chose délicate de confesser des erreurs comme celles que nous ont révélées les observations de son mémoire; et, d'une autre part, les relations confraternelles ne permettent guère à celui qui les a redressées d'en livrer le secret au public. Nous devons donc savoir gré à notre confrère d'avoir choisi un tel sujet pour texte de son travail; d'autant qu'il a su le traiter avec convenance et sans faire aucune allusion qui puisse compromettre la réputation des confrères intéressés.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remerciments à l'auteur pour son utile communication; 2° de déposer provisoirement son travail dans nos archives, en attendant sa publication prochaine dans un recueil médical; 3° enfin, d'inscrire à l'actif de M. Boissarie ce nouveau titre à nos suffrages pour les élections futures de membres correspondants.

Ces propositions sont votées par la Société.

(Séance du 2 juin 1875, *Bull. de la Soc. de chirurgie.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Sur le développement des follicules de de Graaf dans l'ovaire des enfants nouveau-nés. — M. de Sinety fait la communication suivante : Pendant longtemps on a cru que l'ovaire restait dans un état complet de repos jusqu'à l'époque de la puberté, et Coste, dans son beau travail sur le développement des corps organisés, dit que « pendant la première période de l'existence des femelles, c'est-à-dire depuis la naissance jusqu'au moment où elles sont aptes à se reproduire, les œufs qui se forment d'assez bonne heure pour qu'on puisse déjà en découvrir dans les ovaires des fœtus à terme, vivent d'une vie latente, restent stationnaires, et ne commencent réellement à grandir qu'aux approches de la puberté » (1).

Mais les progrès de l'histologie ayant permis de mieux observer les

(1) Coste. *Développement des corps organisés*. Paris, 1847, p. 187.

faits, on a vu que chez l'enfant, les follicules de Graaf prenaient souvent un développement considérable, et que sur des ovaires de jeunes filles non pubères, on trouvait des cicatrices résultant de follicules disparus. Waldeyer, dans son travail sur l'ovaire, le dit très-nettement; et les détails de ce processus (auquel il a donné le nom d'atrésie du follicule) ont été étudiés par M. Slawjanski (de Saint-Pétersbourg) dans deux mémoires sur ce sujet (1).

J'ái eu cette année l'occasion d'examiner un grand nombre d'ovaires provenant de sujets de différents âges et principalement d'enfants nouveau-nés (dont deux mort-nés, tués par céphalotripsie, m'ont fourni des organes frais et normaux). J'ai observé, sur ces ovaires, que très-souvent au moment de la naissance, on trouvait déjà des follicules de de Graaf parfaitement visibles à l'œil nu. Les plus développés se trouvent toujours dans le voisinage du hile. A cette époque, la partie vasculaire qui devient plus tard la couche médullaire, est presque complètement située hors de l'ovaire et forme une espèce de pédicule qui supporte l'ovaire, à peu près comme le pied d'un champignon en supporte le chapeau. Dans ce pédicule on trouve de gros vaisseaux qui pénètrent à peine dans l'ovaire proprement dit, ce dernier contenant, disséminés sur tous ces points, des ovules, à divers états de développement. J'ai vu assez souvent, dans les quelques jours qui suivent la naissance, un certain nombre de follicules de de Graaf acquérir des dimensions considérables et former ainsi une série de véritables kystes.

Dans tous ces kystes, j'ai invariablement trouvé des ovules qui ne pouvaient laisser aucun doute sur l'origine de ces productions. Au-dessous de ces kystes, j'ai constaté plusieurs cicatrices, plus ou moins revenues sur elles-mêmes et qui démontraient que les follicules ainsi hypertrophiés pouvaient se résorber.

Cette poussée qui se fait du côté des ovaires, au moment de la naissance, est-elle en rapport avec ce qui se produit du côté de la glande mammaire? Je serais porté à l'admettre, quoique le nombre de faits dont je dispose ne soit pas encore suffisant pour m'autoriser à affirmer ce rapport comme un fait constant.

De même que dans la mamelle de l'enfant, la congestion qui accompagne la production du lait dépasse quelquefois les limites physiologiques, pour donner lieu à des mammites et à des abcès, de même aussi ce développement des follicules de Graaf, que j'ai observé dans tous les ovaires que j'ai pu étudier, prend, dans certains cas, des proportions exagérées, et nous avons alors ces ovaires kystiques qu'on rencontre si souvent chez les très-jeunes enfants.

(1) Slawjanski. *Archives de Virchow*, t. LI, p. 470, et *Archives de physiologie*, 1874, p. 213.

Il serait intéressant aussi d'étudier ce qui se passe du côté des testicules chez l'enfant mâle, qui, comme je l'ai démontré, possède à ce moment de la vie la même propriété lactifère que la femelle.

On peut encore rapprocher de ces faits ceux bien connus d'inflammations de la mamelle qui se développent au moment de la puberté dans les deux sexes, et qui paraissent en connexion avec les transformations qui se passent du côté des organes génitaux à cette période de la vie.

Le développement des follicules de de Graaf, chez les enfants, est aussi en rapport avec la forme et la constitution de l'ovaire aux différents âges.

Les cicatrices résultant de l'atrésie de ces follicules font pénétrer de plus en plus dans l'ovaire le tissu conjonctif et les vaisseaux, et repoussent vers la périphérie la couche contenant des ovules.

Dans cette couche, ce sont toujours les follicules de de Graaf situés le plus loin de la surface et par conséquent le plus près des parties vasculaires qui sont le plus développés. On dirait que recevant plus de nourriture ils vivent d'une vie plus active et cela aussi bien dans l'enfance que pendant la période d'activité génitale.

En examinant les ovaires depuis l'époque de leur apparition pendant la vie intra-utérine jusqu'au moment de la naissance, on voit que la division de l'ovaire en deux parties, substance corticale et substance médullaire, ne peut pas être admise à cet âge. Chez le nouveau-né, comme je l'ai dit au début de cette communication, ce qui devient plus tard la substance corticale, constitue tout l'ovaire et on trouve des ovules sur tous les points de cet organe. La future substance médullaire n'y existe qu'à l'état rudimentaire et est alors représentée par ce que j'appellerais volontiers le pédicule de l'ovaire. (Séance du 5 juin 1875, *Gaz. méd.*).

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Sur l'opportunité des traitements hydriatriques pendant la période menstruelle. — M. Danjoy admet la possibilité d'accidents par le fait de l'administration des bains pendant les règles; mais il voudrait être fixé sur la nature et la fréquence de ces accidents. Avant de proscrire une pratique qui a son utilité, il faut avoir un nombre considérable de faits suivis d'insuccès.

M. Verjon convient que les accidents sont rares, mais proscrit d'une façon générale la continuation du traitement hydriatique pendant l'écoulement du sang menstruel. Il a vu survenir de véritables métrorrhagies chez des femmes qui reprenaient à Plombières leurs bains avant la fin des règles.

M. Billout. — Dans des cas morbides spéciaux, soit de l'utérus, soit de l'état général, — dysménorrhée, chlorose, névropathie, — la continuation de la cure thermo-minérale peut être utile. Mais il faut s'abstenir de tout traitement dans les cas physiologiques.

L'agent thermo-minéral modifie la ligne de conduite que l'on doit tenir en pareille occurrence. Pendant sept ans, à Luxeuil, il n'a presque jamais interrompu le traitement balnéaire pendant les règles ; à Saint-Gervais, au contraire, il le proscrit.

M. Caulet. —A Forges, il continuait la cure pendant les règles sans avoir à craindre aucune espèce d'accident ; mais à Saint-Sauveur cette pratique provoqua des troubles généraux et utérins, et aujourd'hui il s'abstient de tout traitement balnéaire, lorsque les règles apparaissent.

M. Moutard-Martin désire préciser qu'elle est l'influence de la médication thermo-minérale sur la menstruation. On dit généralement que cette médication hâte la venue des règles et les enrichit. Or, il possède des faits observés à Plombières, à Néris, à certaines sources sulfureuses, qui sont en opposition avec l'opinion courante.

M. Chateau a toujours vu le traitement de La Bourboule agir efficacement sur l'aménorrhée et la dysménorrhée.

M. Labat. — La véritable question que nous avons à éclaircir me paraît être celle-ci : Quel devra être le traitement, à l'approche des règles et pendant les régles, chez une femme atteinte d'une affection quelconque, générale ou locale *mais non utérine?*

Dans ce traitement, il y a aussi deux choses à considérer : le bain et la boisson. Pourquoi continuer la boisson et défendre le bain? Le bain est plus excitant que la boisson, et peut être suivi de refroidissement. A Nauheim et à Kissingen, ainsi qu'à Néris, les règles sont avancées par la cure minérale.

M. Foubert proscrit toujours les bains de mer à la lame pendant les règles. Par contre, il a remarqué que les femmes peuvent, ayant leurs règles, se promener pieds nus sur la plage sans inconvénient.

M. Labat dit que certains médecins en Allemagne n'interrompent pas les bains de mer à l'apparition du sang menstruel.

M. Gubler se prononce nettement pour l'abstention de tout traitement balnéaire pendant la période cataméniale.

(Séance du 4 janvier 1874, *Journ. de thérap.*).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. — M. Copeman de Norwich, président l'Association médicale anglaise, propose contre les vomissements incoercibles de la grossesse, un traitement qui mérite de fixer l'attention des accoucheurs.

Au mois de juin 1874, il fut appelé par un collègue auprès d'une dame, que les vomissements avaient réduite à un tel état d'épuisement qu'on craignait la mort par inanition. La grossesse remontait à six mois. Une légère contraction utérine accompagnait chaque effort de vomissement, et le col était assez dilaté pour admettre la pulpe de l'index. M. Copeman fut d'avis de provoquer l'accouchement prématuré, non sans exprimer quelques appréhensions relativement au résultat que le grand épuisement de la malade pouvait rendre fatal. Il se mit immédiatement en devoir de pratiquer l'opération. Le col se laissa facilement dilater par le doigt, et l'on sentait très-distinctement la tête de l'enfant. Le chirurgien essaya de rompre les membranes avec une petite sonde de femme, le seul instrument qu'il eût sous la main; mais elles étaient si flasques et la tête offrait si peu de résistance qu'il ne put arriver à ses fins. Il crut prudent de donner un peu de repos à la patiente avant de reprendre l'opération, et se retira dans une autre pièce pour se consulter de nouveau avec son collègue. Au bout d'une heure, ils revirent la malade qui, chose extraordinaire, se sentait très-soulagée et n'avait pas eu le moindre vomissement. On persévéra cependant dans l'idée de pratiquer l'accouchement, et l'opération fut remise au soir afin de donner à la patiente le temps de reprendre un peu de forces et de nourriture. Le soir vint et la malade qui, depuis plusieurs semaines, n'avait pu garder aucun aliment solide ou liquide, se trouvait beaucoup mieux et n'avait plus eu de vomissements. Très-étonnés d'un semblable résultat, les praticiens remirent l'opération au lendemain, et, l'amélioration ayant continué les jours suivants, elle fut définitivement abandonnée. Au terme naturel de sa grossesse, cette dame accoucha d'un enfant bien portant.

M. Copeman fut frappé de ce résultat et suppose que la cessation subite des vomissements pouvait être attribuée, dans ce cas, à la dilatation du col utérin, dilatation qui aurait fait disparaître une tension exagérée de l'utérus, cause probable de phénomènes d'irritation sympathique.

Une nouvelle occasion se présenta bientôt de vérifier l'exactitude de cette théorie. Il fut de nouveau appelé pour pratiquer l'accou-

chement prématuré chez une dame dont la grossesse remontait à environ deux mois et dont la vie était menacée par des vomissements incoercibles. Au lieu de pratiquer l'avortement, il se contenta de dilater le col jusqu'à ce que celui-ci pût admettre l'extrémité de l'index. Il fut convenu que si les symptômes s'aggravaient, il serait appelé de nouveau pour pratiquer l'opération. Quinze jours après il recevait d'excellentes nouvelles de la malade chez laquelle les vomissements avait complétement disparu.

Au mois d'avril 1875, M. Copeman eut encore l'occasion d'appliquer son traitement. Une dame, mère de neuf enfants, et arrivée au huitième mois de sa grossesse, avait été prise de vomissements persistants qui mettaient sa vie en danger. La présence de pus et d'une quantité notable d'albumine dans l'urine faisait de plus craindre une affection des reins. M. Copeman est appelé en consultation. Il examine l'utérus dont le col était ramolli et se prêtait facilement à une dilatation qui fut pratiquée avec le doigt. Depuis lors, la malade n'a plus vomi et n'a pas tardé à reprendre des forces. La grossesse est arrivée à son terme normal sans autre accident. (*British medical Journal*, 15 mai, 29 mai, 12 juin 1875.)

Périvaginite phlegmoneuse disséquante. — Le professeur Bizzozero a communiqué à la Société de médecine et de chirurgie de Turin, une curieuse observation de périvaginite phlegmoneuse disséquante suivie de l'élimination du vagin et de la portion vaginale du col de l'utérus.

La malade, âgée de 38 ans, n'avait jamais eu de blennorrhagie. A son entrée à l'hôpital, elle présentait l'état suivant : T. 40°, pouls 96, céphalalgie, symptômes de bronchite catarrhale, soif ardente, constipation, douleurs dans le bas-ventre ; au bout de quelques jours, difficulté d'uriner qui nécessite le cathétérisme ; le dixième jour, sensation de brûlure en urinant, avec ténesme ; érosions superficielles des grandes et des petites lèvres s'étendant à tout l'orifice vulvaire ; douleurs très-vives au contact des urines avec les surfaces ainsi dénudées. Le douzième jour, en pratiquant le toucher vaginal, il se détache de la cavité un corps qu'on reconnut, à l'examen, être la paroi vaginale elle-même, avec la portion vaginale du col utérin. Le tout avait la forme d'un sac dont le fond plus épais (portion vaginale de l'utérus) était percé d'un trou (orifice externe du col). La longueur du sac était de 6 centimètres environ, son diamètre de 4 centimètres ; l'épaisseur des parois était de 3 à 5 millimètres ; elle atteignait 8-12 millimètres au niveau de la portion vaginale du col. Vers l'entrée du vagin, les parois sont amincies et le contour de l'orifice irrégulier. La surface externe du sac est rugueuse, mais molle et spongieuse : sa

urface interne est plus lisse et plus compacte, quoique irrégulière elle aussi par suite de ses dépressions et de ses saillies. Elle est beaucoup plus lisse au niveau du col.

L'examen microscopique montre que le stroma conjonctif compact de la paroi est bien conservé, avec ses faisceaux entrecroisés et ses vaisseaux sanguins dilatés. Ceux-ci sont en partie vides, en partie remplis d'une matière rouge provenant de la décomposition du sang, ou des amas de vibrions et de bactéries qu'on trouve d'habitude dans les tissus sphacélés. Ces micro-organismes sont très-nombreux dans le tissu cellulaire périvaginal. — A la face interne de la paroi, on voit encore les papilles, mais toute trace d'épithélium a disparu. Dans la muqueuse de la portion vaginale du col, on peut voir encore les larges vaisseaux perpendiculaires à la surface de cette membrane décrits par Henle.

A cette élimination du vagin, succéda une périmétrite étendue. Mais peu à peu l'amélioration se fit, l'écoulement vaginal diminua et devint moins fétide, et, un mois après son entrée, la malade quittait l'hôpital.

L'exploration vaginale faite deux mois après, montrait les détails suivants : orifice vulvaire normal, catarrhe vaginal peu abondant, le doigt n'atteint l'utérus qu'avec peine et en traversant un anneau fibreux dur, résistant, semblable à un hymen, et dans l'ouverture duquel l'extrémité du doigt explorateur reste serrée sans pouvoir s'y enfoncer de plus de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Au spéculum, on voit que cet anneau est situé en avant du col. Pas d'écoulement muqueux ni purulent.

L'auteur n'a trouvé dans la littérature médicale que trois autres cas semblables. (*Gazetta delle cliniche*, 2 février 1875.) VIAULT.

Etude sur la force et la résistance dans le travail de l'accouchement. — Par le Dr D. Antonio GOMEZ TORRES, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Grenade.

Fait par un esprit judicieux, ce travail simple et pratique traite principalement de deux questions très-importantes à bien connaître ; la résistance et la force pendant le travail de l'accouchement. Les noms de nos maîtres Français y tiennent partout la première place : quelques noms étrangers et un petit nombre de noms Espagnols les accompagnent. L'auteur nous en donne une explication qui n'est pas sans intérêt pour nos lecteurs, s'ils veulent connaître l'état scientifique de l'Espagne en ce moment de troubles politiques :

« Quelle que soit ma douleur, dit Antonio Gomez, il faut l'avouer, « la participation des médecins espagnols au mouvement scienti- « fique gynécologique est faible. L'absence de rétribution au vrai mé-

« rite, l'insuffisance des moyens en présence de laquelle on se trouve « jusque dans les centres de l'enseignement, la dotation mesquine du « professorat, qui nous oblige à consacrer une bonne partie du temps « à la tâche indispensable de gagner sa subsistance, le trouble de l'es- « prit à la vue de la Patrie agonisante sous le poids de tant de mal- « heurs, toutes ces causes font que notre pays traîne une misérable « vie au point de vue intellectuel. »

Se contentant de prendre connaissance des progrès faits à l'étranger, l'auteur a su les apprécier, les dépouiller de leurs imperfections, les résumer, et présenter à l'accoucheur un recueil court et pratique des vraies indications à suivre, et des meilleurs moyens à employer d'après les auteurs les plus habiles en l'art gynécologique. Partout il a suivi cet excellent précepte de nos maîtres : Dans toute opération obstétricale, les procédés artificiels doivent imiter, aussi fidèlement que possible, les procédés employés par la nature dans des cas analogues.

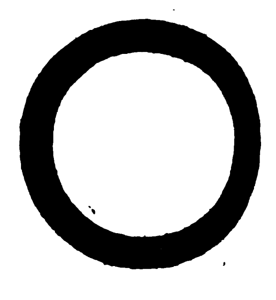
Nous ne ferons pas ici une nomenclature insignifiante des chapitres où nous ne trouvons rien qui appartienne en propre à l'auteur, si ce n'est la méthode et la clarté de l'exposition ; car nous n'avons pas à répéter, même dans une analyse, ce que nos lecteurs connaissent, soit par leur propre expérience, soit pour l'avoir appris dans les ouvrages de nos auteurs Français. A. GARY.

VARIÉTÉS.

Anneau pessaire. — M. DUMONTPALLIER a présenté à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 13 août 1875, un anneau pessaire qui est une modification de celui de Meigs, de Philadelphie. Cet anneau pessaire est composé de plusieurs spirales d'un ressort de montre très-souple, très-élastique, et dont les extrémités sont retenues



H. GALANTE
À PARIS



par un fil métallique circulaire, qui permet un certain jeu aux deux extrémités du ressort; de plus, les tours des spirales, au milieu de leur course, sont maintenus dans le même plan par un petit anneau mobile qui laisse à chaque spirale son indépendance. De la sorte il a obtenu un anneau pessaire d'une très-grande souplesse et qui, quelque forme qu'on lui donne par la pression, revient toujours à sa forme circulaire primitive. Il en résulte que cet anneau peut être introduit avec une grande facilité. De plus, quand il a été mis en place, sa souplesse lui permet de se modeler sur les parties avec lesquelles il est en rapport. Il ne gêne par conséquent ni le rectum, ni le bas-fond de la vessie. La souplesse de cet anneau lui permet aussi de changer passagèrement de forme, sur l'un ou l'autre des points de sa circonférence; mais son élasticité lui rend sa forme circulaire aussitôt que la pression périphérique a disparu. Cette pression périphérique varie à l'infini suivant l'état de vacuité ou de déplétion des réservoirs du petit bassin, et suivant les différents mouvements des malades. Cet anneau pessaire est peu coûteux, son prix est de 2 fr. 50 à 3 fr. Il trouve son application dans tous les déplacements utérins.

Diplôme de sage-femme. — APPLICATION DE LA LOI DE VENTÔSE AN XI. — Le tribunal de Brives (Corrèze) avait décidé récemment qu'un préfet pouvait autoriser une sage-femme de 2e classe à exercer provisoirement son art dans un département autre que celui où elle a subi les épreuves prescrites par la loi de ventôse an XI.

La cour d'appel de Limoges, par un arrêt du 6 août, vient de réformer le jugement du tribunal de Brives.

Conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, la cour de Limoges, sans avoir égard à l'autorisation donnée par le préfet de la Corrèze à la dame Vallée, sage-femme, a déclaré cette dernière coupable de contravention à la loi de ventôse an XI, pour avoir exercé son art dans la Corrèze, alors qu'elle ne pouvait l'exercer que dans la Dordogne, où elle avait subi les épreuves voulues.

Enfants assistés. — La compagnie du chemin de fer d'Orléans informe le public qu'elle consent à transporter à demi-place les nourrices des enfants assistés et aussi les enfants assités eux-mêmes, lorsqu'ils auront moins de douze ans.

Nous apprenons que le Dr Fleetwood Churchill, le savant gynécologiste de Dublin, s'est retiré de la pratique médicale, qu'il a exercée si honorablement pendant plus de quarante ans.

Cet éminent praticien souffrait depuis plusieurs années d'une maladie de la hanche, qui le gênait considérablement pour marcher.

Il avait publié récemment une nouvelle édition (la sixième) de son livre, sur les maladies des femmes, dont les médecins français ont pu apprécier la valeur et le sens éminemment pratique.

Le Dr Churchill se propose maintenant d'utiliser ses loisirs à revoir les divers ouvrages qu'il a publiés. Nous ne pouvons qu'être heureux de cette détermination qui couronnera dignement une carrière déjà si bien remplie, et nous fournira les résultats d'une expérience si vaste et si féconde.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Notes sur la fièvre puerpérale, par GROSHOLZ (*The Obstetrical Journal*, juillet 1875, p. 237).

Cas de tumeur de l'ovaire (kyste uniloculaire), ovariotomie, par le Dr H.-G. CROLY (Société obstétricale de Dublin, in *Dublin Journal*, mai 1875, p. 469).

Cas de grossesse extra-utérine, par le Dr John DENHAM (Société obstétricale de Dublin, in *The Obstetrical Journal*, mai 1875).

Situation relative du corps jaune et du placenta, par le Dr RAYMON (*The Medical Record*, 3 avril 1875, p. 247).

Cas d'amaurose consécutive à une suppression brusque des règles. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 18 janvier 1875, et *The Medical Record*, 27 mars 1875, p. 222).

Epithelioma du col utérin chez une femme enceinte ; ablation de la partie malade ; accouchement d'un enfant bien portant, par le Dr SAVORY (Société Obstétricale de Londres in *The Obstetrical Journal*, avril 1875, p. 47).

Sarcôme de l'ovaire, par le Dr ATTHILL (Société pathologique de Dublin, in *The Dublin Journal*, mars 1875, p. 266).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Das habituelle absterben der Frucht und die Kunstliche Frühgeburt, mit *Bemerkungen zur Pathologie der Placenta und des Nabelstranges*, par le Dr Léopold GERHARD.

Special Rules for the managment of infants during the hot season, mémoire présenté à la Société de Philadelphie par une Commission composée de MM. William GOODELL, F. MEIGS, L. LUDLOW, H. SMITH, S. PARRY, F. JENKS.

Clinical memoir on turning in pelves narrowed in the conjugate diameter, par le Dr William GOODELL.

Nouveau forceps asymétrique, par le Dr ROGER (du Havre). In-8 de 56 pages. Doin, éditeur.

De l'éléphantiasis du scrotum, par le Dr BROQUÈRE. Paris, 1875, in-8 de 92 pages, avec deux planches lithographiées. Doin, éditeur.

Manuel de diagnostic médical, par le Dr FENWICH, ouvrage traduit de l'anglais, par MM. Ossian G. EDWARDS, Edgard LACROIX et Jules GERMAIN, avec 101 gravures. Paris, 1875, Lauwereyns, éditeur.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES COMPRESSIONS PELVIENNES QUE PEUVENT OCCASIONNER LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS ET DES MOYENS QU'ON PEUT LEUR OPPOSER.

Par le Dr Jude Hüe (1) (de Rouen).

Une des complications les plus redoutables des tumeurs fibreuses interstitielles ou sous-péritonéales de l'utérus, de ces productions à développement lent, relativement bénignes et qui d'ordinaire ne compromettent la vie que par leur masse, est la compression qu'elles peuvent exercer sur les organes voisins.

Ces compressions dont un très-petit nombre d'exemples ont été publiés, puis qu'après les recherches les plus consciencieuses M. Guyon, dans sa thèse (2), n'en pouvait citer que trois cas et que treize années plus tard M. Faucon (d'Amiens) n'en

(1) Mémoire présenté à la Société de chirurgie, par M. Paulet, le 21 avril 1875, et qui a été l'objet d'un rapport de M. Guéniot dans la séance du 7 juillet 1875.

(2) *Des tumeurs fibreuses de l'utérus.* Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le Dr F. Guyon. Paris, 1860. Adrien Delahaye.

pouvait recueillir que deux de plus (1), sont malheureusement communes, ainsi que l'indiquaient MM. Depaul et Dolbeau dans la discussion qui suivit à la Société de chirurgie la lecture du rapport de M. Gueniot sur le Mémoire de M. Faucon. Et, quand elles sont exercées sur le foie ou le diaphragme (2) par des tumeurs énormes (3) ayant envahi plus ou moins complètement la grande cavité abdominale, on pourrait dire que ces compressions sont normales puisqu'elles sont le résultat inévitable de l'évolution régulière du néoplasme. Je pourrais ajouter qu'elles sont sans grand intérêt thérapeutique, si elles ne venaient aujourd'hui réclamer leur part de cette magnifique conquête, accomplie résolument sur le territoire même de la mort par l'américain Mac Dowel, en 1809, et irrévocablement consolidée dans son pays natal par Washington Atlee, en Angleterre par Charles Clay, en France par Kœberlé et Pean, et qu'on nomme la gastrotomie

Mais, le plus souvent, ces tumeurs n'attendent pas ce degré de développement qu'on pourrait appeler complet pour exercer de menaçantes compressions, et ce sont même celles dont le volume restreint permet le séjour dans le petit bassin qui causent d'ordinaire les accidents les plus redoutables. Les XIV cas de compressions pelviennes occasionnées par les myômes interstitiels ou sous-péritonéaux que renferment actuellement nos annales le prouvent abondamment, et je demande la permission d'en remémorer brièvement les points principaux,

I. *Observation de Murphy.* Communiquée à la Société médicale de Westminster (4). Tumeur fibreuse s'élevant à la hauteur de l'ombilic et ayant causé une maladie de Bright par compression de la vessie et dilatation des uretères. ***Mort.***

---

(1) *D'une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystérômes.* Mémoire lu à la Société de chirurgie en juillet 1873 par le Dr Faucon, d'Amiens.

(2) Observation de Cruveilhier. Cruveilhier. *Path. gén.*, t. III, p. 667.

(3) Observations célèbres de Siegmond ou la tumeur *solide* pesait 37 kilog. de Walte · où le fibrôme pesait 71 livres, de Kœberlé où la tumeur « débarrassée du sang qu'elle contenait pesait encore 33 kilog. »

(4) In London Journal of medecine. October 1849.

II. *Observation de Nélaton.* Tumeuse fibreuse de petit volume « ne se manifestant que par une constipation absolue, due à un aplatissement tel du rectum, qu'une sonde n'y pouvait passer » (1). Entérotomie. *Mort.*

III. *Observation de Duchaussoy.* Tumeur fibreuse refoulable par le vagin, agissant seulement par son poids sur le rectum et ayant néanmoins occasionné la *mort.*

IV. *Observation de Holdouse* (2). Symptômes d'étranglement ayant succédé à des diarrhées rebelles datant de deux années. Rectum presque effacé pouvant admettre à peine une petite sonde. *Mort.* L'autopsie démontre que trois tumeurs fibreuses et un kyste de l'ovaire superposés compriment le rectum. Les deux tumeurs les plus volumineuses étaient adhérentes à celui-ci, dont elles avaient même perforé les tuniques en plusieurs points.

V. *Observation de M. Herrgott.* Rapportée dans le mémoire de M. Faucon (d'Amiens). La tumeur implantée sur le fond de l'utérus, remplissait complètement le bassin. La gastrotomie fut faite, mais l'extraction de la tumeur fut impossible. *Mort.* A l'autopsie, on s'aperçut que la tumeur *était refoulable de bas en haut par e vagin.*

VI. *Observation de M. Faucon* (d'Amiens), recueillie à la Pitié dans le service de M. Broca. Accidents rebelles d'occlusion intestinale causée par un fibrôme comprimant le rectum. Entérotomie. *Mort.* A l'autopsie, on trouva que le fibrôme était d'un volume très-petit et nullement en rapport avec les accidents qu'il avait provoqués. Mais on « constata que les anses intestinales étaient reliées entre elles par des adhérences anciennes (3). »

VII. *Observation de M. Hanot* (4), recueillie dans le service de M. Bucquoy. Myôme utérin de 12 centimètres de diamètre ayant comprimé les deux uretères, amené la désorganisation des deux reins. *Mort* par urémie. A l'autopsie, on trouve la tumeur adhérente au segment gauche du bassin et à l'uretère gauche.

VIII. *Observation de M. Hubert* (5), recueillie dans le service de M. Dolbeau. Grosse tumeur interstitielle débordant le pubis. Albuminurie, métrorrhagies. Tentative infructueuse d'énucléation. *Mort.* L'autopsie découvre la présence d'une maladie de Bright, causée probablement par compression des uretères.

(1) Félix Guyon. *Loc. cit.*, p. 49.

(2) In Trans. of path. Soc. of London, t. III, p. 371.

(3) Rapport de M. Guéniot à la Société de chirurgie. *Gazette des hôpitaux* n° du 29 novembre 1873.

(4) Communiquée à la Soc. anat. dans la séance du 28 février 1873.

(5) *Bull. de la Soc. anat.*, année 1873, p. 876.

IX. *Observation de M. Budin.* (1), interne des hôpitaux. Corps fibreux interstitiel de petit volume, développé dans la partie inférieure de la paroi antérieure du corps de l'utérus. Rétention d'urine prise pour un kyste de l'ovaire. Ponction. *Mort* par phlébite utérine. « Le toucher vaginal, pratiqué très-fréquemment, n'a peut-être pas été étranger au développement de cette maladie. » A l'autopsie, on ne trouve *pas de trace de péritonite.*

Xe *Observation de Peyrot* (2), recueillie dans le service de M. Dolbeau. Tumeur utérine emplissant le bassin et remontant dans l'abdomen jusqu'à l'ombilic. *Mort* par accidents urémiques. A l'autopsie, *on trouve l'intestin libre de toute adhérence*, aucun indice de péritonite; on détache facilement le rectum de la masse; le rein droit est réduit à sa coque fibreuse par la dilatation des calices et du bassinet. » La substance corticale du rein gauche est ramollie et d'apparence graisseuse. Uretères largement dilatés.

XI. *Observation de M. Fourestié* (3), recueillie à la Maison de Santé dans le service de M. Féréol. Myome utérin de la grosseur du poing ayant occasionné la rétroversion de l'utérus, la compresion du rectum et de la vessie. « Par le toucher rectal, on constate que la tumeur n'exerce sur le rectum qu'une pression modérée, car on peut la soulever facilement. » Accidents de paralysie de l'intestin par distension excessive. Météorisme ayant nécessité de fréquentes ponctions capillaires. *Mort.* A l'autopsie, on trouve le gros intestin distendu par des gaz et ayant acquis la dimension d'un estomac. Autour des piqûres pratiquées sur l'intestin, plusieurs traces d'inflammation et même, sur le côlon descendant, dans les mailles du grand épiploon un épanchement de matières fécales. « La vessie forme une poche plus grande que l'estomac et remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic... l'uretère gauche est gros comme le petit doigt et communique librement avec la vessie et le rein; celui-ci est fortement hyperémié et contient deux petits abcès. L'uretère droit, aussi augmenté de volume, ne communique plus avec le rein qui a presque entièrement disparu. » Le rein droit est remplacé par une tumeur fluctuante représentant cinq ou six fois son volume normal et ne contenant guère que du pus.

XII. *Observation de M. de Boyer* (4), recueillie dans le service de

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, décembre 1874.

(2) Rapportée dans la thèse inaugurale de M. G. Milliot, sur les *Complications des tumeurs fibreuses de l'utérus.* Paris, 1875. A. Dereme.

(3) *Gazette médicale de Paris*, n° du 13 février 1875.

(4) Observation adressée à la Société de chirurgie. Rapport de M. Guéniot. Séance du 26 nov. 1873. In *Annales de gynécologie*, année 1874, t. I, p. 146.

M. Bouillaud, suppléé par M. Bouchard : obstruction intestinale causée, en deux points différents, par des tumeurs fibreuses des deux ovaires. Symptômes d'étranglement interne. A l'aide du toucher, on trouve que les culs-de-sacs vaginaux sont comblés par une masse dure; que l'ampoule rectale est très-dilatée et qu'au-dessus d'elle, l'intestin est complètement aplati par une tumeur. *Mort* le jour même de l'entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouve : distension énorme du gros intestin par des gaz; aplatissement incomplet du cœcum et complet du rectum par des tumeurs fibreuses. « Les tumeurs dont il s'agit appartiennent aux ovaires; elles n'adhèrent à la matrice que par de longs pédicules et *ne présentent nulle part de liens qui les rattachent à quelque organe.* »

J'ai rapporté cette observation quoiqu'il y fût question de tumeurs fibreuses des ovaires, parce que celles-ci ne diffèrent pas essentiellement des tumeurs fibreuses utérines; qu'il est le plus souvent impossible d'en faire le diagnostic différentiel, que leur traitement et les accidents de compression qu'elles produisent sont les mêmes. Je dois au contraire passer sous silence les observations de Pinault, de Loir, de Lisfranc, de Demarquay, de Dumesnil (de Rouen), où la compression avait amené l'ulcération et la perforation de la vessie, du rectum ou des parois abdominales, parce que ces compressions étaient exercées par des tumeurs fibreuses *intra utérines*, sinon arrivées dans le vagin, et que le mécanisme de ces dégâts et les moyens préventifs qu'on peut leur opposer diffèrent essentiellement de ceux des tumeurs qui nous occupent.

Ces douze cas ne sont pas les seuls. M. M. Sée a eu deux fois, paraît-il, l'occasion de constater des symptômes d'étranglement interne chez des femmes atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus (1). Il est infiniment regrettable pour notre sujet que deux faits de la pratique d'un observateur de cette valeur ne soient pas publiés. Dans la discussion qui suivit le rapport de M. Guéniot à la Société de chirurgie sur le Mémoire de M. Faucon, MM. Depaul et Dolbeau ont cité deux cas nouveaux que nous devons ajouter à notre série.

(1) A. Leblond. *Les tumeurs fibreuses de l'utérus envisagées principalement au point de vue de la gastrotomie. Ann. de gynécologie*, 1874, t. I, p. 107

XIII. *Observation de M. Dolbeau* (1). Une femme, que M. Dolbeau soignait avec M. Voisin, présentait un corps fibreux qui obstruait le rectum au point d'arrêter le cours des matières fécales. « La malade mourut, autant de péritonite que d'obstruction intestinale. »

XIV. *Observation de M. Depaul* (2). Symptômes d'étranglement interne causés par l'existence d'un corps fibreux utérin et d'une grossesse. L'avortement fut provoqué et, « avec l'expulsion d'un fœtus aplati comme un bonhomme de pain d'épice » eut lieu le rétablissement des selles et la guérison.

Ce dernier fait est d'un haut intérêt, car il montre comment l'obstacle étant levé et *à temps*, tous les accidents s'évanouissent. M. Depaul, reconnaissant que les symptômes d'étranglement étaient dus au refoulement vers le rectum d'un corps fibreux par l'utérus gravide, expulse un fœtus qui ne serait sans doute jamais arrivé à terme mais aurait pu tuer la mère, et trouve, dans la forme même de ce fœtus, la preuve immédiate de l'excellence de son diagnostic et de son traitement.

Mais, dans un cas ordinaire où, sans complication de grossesse, la compression s'exerce par un corps fibreux, ne peut-on pas en soulevant celui-ci et en le maintenant, soit du côté de la vessie, soit du côté du rectum, suivant qu'il intervient dans les fonctions de l'un ou l'autre de ces organes, espérer les mêmes résultats? Nous le croyons, si l'intervention chirurgicale n'arrive pas *trop tard*.

La péritonite et ses adhérences consécutives ne sont sans doute pas aussi rares, dans les cas de myômes utérins, que le prétendait Cruveilhier père qui, après une carrière déjà longue écrivait n'en avoir observé qu'un cas fatal. Depuis l'époque où Cruveilhier émettait cette opinion, le champ de la science s'est grandement élargi du côté que nous explorons en ce moment, et de nombreuses observations de mort par péritonite (3) sont venues prouver que cette terminaison des tumeurs fibreuses utérines n'est pas tout-à-fait exceptionnelle. Néanmoins, la péritonite, comme phénomène dû *exclusivement* à la présence dans la

(1) In *Gaz. des hôpitaux*, n° du 29 novembre 1873.

(2) *Gaz. des hôpitaux, loc. cit.*

(3) Observations de Vogel, de Maisonneuve, de Huguier, de Maslieurat-Lagenard, d'Olivier, de Renault, etc.

cavité abdominale d'un fibrôme utérin homogène et de petit volume, est un fait d'une certaine rareté et d'une production lente. Les choses se passent alors comme pour les déplacements utérins qui ne se soudent, quand ils se soudent jamais, qu'à la longue, ainsi que le prouvent de nombreuses nécropsies et l'emplo journalier du redresseur utérin de Sims. Je ne parle pas évidemment de la péritonite qui survient quand déjà les symptômes d'étranglement sont arrivés et que la mort est proche. Et pourtant dans les douze cas de compression précités qui ont été suivis d'autopsie, l'absence d'adhérences a été hâtée six fois (observations de Duchaussoy, d'Herrgott, de Budin, de Peyrot, de Fourestié, de de Boyer), et il n'est fait que quatre fois mention d'adhérences (obs. de Nélaton, de Holdouse, de Faucon, de Hanot).

Les tentatives de refoulement ont donc beaucoup de chances de réussite si elles sont pratiquées à temps et après avoir assigné à la malade une position convenable : la position sur les coudes et sur les genoux. Et puis, ce n'est point une preuve d'immobilité de la tumeur que la présence d'adhérences au rectum ou dans le cul-de-sac vesico-utérin. Dans toute sa portion péritonéale, la seule à laquelle la tumeur puisse adhérer, le rectum est assez mobile pour se prêter à un déplacement de la masse adhérente et même, si besoin en était, au dégagement de celle-ci au-dessus du détroit supérieur. Et, on serait, sans doute, autorisé à tenter le refoulement d'une façon énergique, à rompre même quelques adhérences, à encourir quelques risques de péritonite traumatique, quand on n'a plus devant soi que la gastrotomie avec adhérences pelviennes ou la côlotomie; devant des compressions qui, dans les quatorze cas publiés, ont occasionné treize fois la mort.

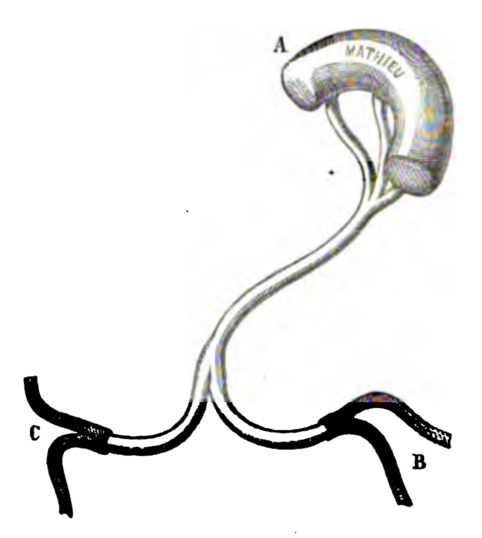
C'est par ces considérations que nous avons été conduit dans le traitement des deux malades dont suit l'observation :

1re OBSERVATION. — *Tumeur fibreuse de l'utérus emplissant le petit bassin. Commencement d'enclavement. Luxation et maintien de la tumeur au-dessus du détroit supérieur.*

Mme B..., 39 ans, réglée pour la première fois à 14 ans, toujours régulièrement sans fleurs blanches, mais avec des « douleurs dans

haut dans le rectum à l'aide d'une canule vaginale. Il n'y eut aucune trace de péritonite et, avec la compression, tous les accidents disparurent avec une rapidité inespérée.

Cependant, le support employé le premier jour, ne devait être que provisoire, car je lui avais trouvé incontinent de nombreux défauts. Voici les principaux : 1° la partie antérieure de l'anneau venait buter contre le museau de tanche; 2° la tige, droite et rigide, ne pouvait s'adapter à la courbe d'un vagin nullipare et il en résultait que la partie postérieure de l'anneau ne pouvait s'introduire efficacement derrière le museau de tanche et occuper le cul-de-sac postérieur, afin de refouler la tumeur en avant; 3° la substance très altérable et le fort calibre de l'anneau du bilboquet s'opposaient à la bonne tenue nécessaire des parties. En conséquence, je supprimai la partie antérieure de l'anneau; suivant l'axe du vagin, je courbai la tige du pessaire et j'en bifurquai l'extrémité inférieure, de sorte que la résultante des tractions, exercées en avant et en arrière, vint appuyer sur le cul-de-sac vaginal postérieur. Enfin, je diminuai la grosseur du cylindre et substituai l'aluminium, recouvert d'un capuchon mobile de caoutchouc, à la gomme élastique. Je suis fort obligé à M. Raoul Mathieu, pour la confection de cet instrument. (Voyez fig. ci-dessous.)



Vers les premiers jours de février, la sciatique avait complètement disparu; à l'aide de quelques onces d'eau de Püllna, et de lavements pris quotidiennement à la même heure, Mme B... avait des selles régulières, moulées et normales, ce qui ne lui était pas arrivé depuis

de longues années. Le 8 avril, je revoyais Mme B..., son état général est complètement relevé, ses joues sont remplies et roses, elle a même de l'embonpoint et est littéralement méconnaissable. Elle se promène au dehors de sa maison et reste levée la plus grande partie de la journée; l'intestin recouvre de jour en jour sa tonicité et ses fonctions expultrices; l'instrument n'est plus porté que pendant le jour. La tumeur ne paraît avoir que très-peu de tendance à s'engager dans le pelvis car, restée quarante-huit heures sans support, elle n'a causé aucun inconvénient et, c'est à peine si, avec deux doigts introduits dans le vagin, j'ai pu l'atteindre et la refouler de quelques centimètres.

Malheureusement madame B... est devenue une mangeuse d'opium et c'est à vaincre cette affreuse et tenace habitude que toute son énergie, qui est très-grande, et nos efforts sont maintenant employés.

IIe Observation.— *Fibrome utérin volumineux comprimant le rectum et le bas-fond de la vessie ; accidents d'occlusion intestinale imminents ; albuminurie ; refoulement et maintien de la tumeur dans la grande cavité abdominale ; disparition des accidents.*

Le 18 mars 1875 je fus appelé en consultation par un des praticiens les plus expérimentés de Rouen, mon cher et vénéré confrère M. le Dr Le Brument, près de madame L..., atteinte de symptômes menaçants du côté du rectum et de la vessie causés par une tumeur fibreuse de l'utérus.

Madame L... a 47 ans, elle est veuve depuis 18 ans. Ses règles, qui apparurent à 17 ans, après de grands maux de tête et des traitements reconstituants prolongés, ont toujours été régulières et sans écoulements blancs prolongés ; elles duraient de quatre à cinq jours et ne s'accompagnaient ni de douleurs ni de rien de particulier jusqu'à ces dernières années. Quatre grossesses. Les deux premières se sont terminées, l'une au troisième mois après une course fatigante en charette, l'autre au deuxième mois après une légère imprudence, et ont été suivies toutes deux par quelques mois de « flueurs blanches. » Les deux autres grossesses, pour lesquelles elle dut prendre les plus grandes précautions et garder la chambre jusqu'après le troisième mois de la gestation, se sont terminées à temps par des couches et suites de couches très-bonnes.

Madame L... est depuis de longues années sujette à une constipation habituelle. A vrai dire dire, la constipation est son état normal depuis qu'elle se connaît. Depuis trois ou quatre ans cette constipation, qui dure de temps en temps dix ou douze jours, s'est compliquée d'alternatives de diarrhées presque cholériformes, avec crampes et refroidissement, pour lesquelles elle est obligée d'employer le thé,

le rhum, le laudanum et le sous-nitrate de bismuth. Le flux menstruel est annoncé par des douleurs considérables qui persistent pendant les premiers jours des règles. Au bout de trois jours environ le sang s'arrête quarante-huit heures, mais pour reparaître pendant deux jours encore, cette fois-ci sans douleur. Elle marche avec difficulté; avec une pesanteur dans le ventre croissante « comme si elle portait un enfant. » Elle est forcée d'uriner au moins une fois toutes les deux heures et de se relever pour uriner quatre ou cinq fois pendant la nuit. Quand sous l'influence du premier sommeil, plus lourd d'ordinaire, elle dépasse cet intervalle de deux heures, elle est réveillée par une douleur forte au-dessus du pubis, elle ne peut plus évacuer le contenu de la vessie qu'en se pressant le ventre à deux mains et elle est alors inconsciente du commencement et de la fin de la miction. De temps en temps elle éprouve du ténesme vésical et est tourmentée pendant une demi-heure par des envies d'uriner qui reviennent toutes les cinq minutes et ne sont suivies de l'expulsion que de quelques gouttes d'urine brûlante.

Depuis quelques mois ces symptômes se sont aggravés rapidement, elle ne peut faire une promenade de cinq minutes sans être tourmentée d'un besoin d'uriner ; les selles ne viennent plus, à force de purgatifs, qu'en balles dures ou en graviers. Elle ne rend plus de gaz par l'anus ; elle est prise de temps en temps de ballonnement du ventre, de nausées et de vomissements. Elle n'ose plus manger de peur d'augmenter les résidus intestinaux. Elle présente cette teinte jaune de la peau, ce ton particulier des sclérotiques, la décoloration des muqueuses qui sont l'indice et l'apanage obligés de l'anémie profonde de cause chronique.

Examen des urines.— Les urines sont pales, limpides, ne laissent rien déposer par le refroidissement. Examinées à la chaleur, elles donnent un précipité floconneux qui ne disparaît pas par l'addition d'acide nitrique. L'épreuve inverse donne le même résultat. Il n'est peut-être pas inutile de dire que les urines sur lesquelles nous avons employé les réactifs avaient été recueillies avec le plus grand soin; que la malade, ayant préalablement fait sa toilette, nous avait réservé quelques cuillerées d'urine prises au milieu de la miction. Ce procédé de recueillir l'urine en vue d'un examen est celui dont je me sers ordinairement. Il offre le plus souvent toutes les garanties de la sonde sans en présenter les inconvénients (1).

Examen manuel. — Le palper abdominal révèle la présence d'une tumeur solide, indolente, du volume et sensiblement de la forme d'un

(1) Voyez *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, par Sir H. Thompson, traduites, annotées et précédées d'une introduction anatomique par les Drs Jude Hüe et F. Gignoux. Paris, V. Masson, 1874.

utérus gravide à cinq mois, s'élevant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher vaginal trouve le cul-de-sac antérieur disparu. Le canal vaginal, long seulement de quelques centimètres, est refoulé par une masse arrondie d'une consistance presque osseuse qui s'étend depuis la face postérieure du pubis jusqu'à la concavité du sacrum. Le col utérin dur, porté tout à fait en arrière, proémine sur la masse même de la tumeur, de laquelle il semble faire partie, et rappelle la disposition qu'on trouve fréquemment, au début de l'accouchement, quand il faut contourner la tête engagée dans l'excavation pour atteindre le col. L'exploration bimanuelle révèle la continuité de la tumeur avec l'utérus et sa mobilité relative. Le toucher rectal trouve l'ampoule rectale très-dilatée ; mais le rectum au-dessus est tellement aplati par la tumeur que le doigt ne peut trouver le bout supérieur ni s'introduire entre le sacrum et la tumeur.

Opération. — Madame L... fut mise en travers de son lit dans la position sur les genoux et sur les coudes, les reins abaissés, et invitée à respirer largement ; puis, avec deux doigts introduits tantôt dans le rectum et tantôt dans le vagin, afin de ne pas fatiguer la muqueuse, j'exerçai des pressions méthodiques et progressives sur la tumeur. Celle-ci céda lentement, rétablissant le canal vaginal, laissant le rectum libre et repoussant ma main gauche qui, placée sous le ventre, embrassait et soutenait le sommet de la tumeur. Immédiatement je plaçai mon instrument dans le cul-de-sac postérieur rétabli, afin de parer aux accidents d'occlusion intestinale qui étaient des plus menaçants, me réservant d'intervenir dans le cul-de-sac antérieur si les symptômes de compression sur la vessie persistaient. Quoique le refoulement de la tumeur eût exigé l'emploi d'une force assez considérable, il fut presque sans douleur. La malade se leva devant nous, se déclara sur l'heure débarrassée d'un grand poids et marcha comme elle ne l'avait pas fait de longtemps. Néanmoins nous lui prescrivîmes le repos et 30 grammes d'huile de ricin.

Le lendemain je vis la malade, elle se trouvait parfaitement, avait rendu des gaz et des matières fécales en abondance et n'avait uriné que toutes les quatre heures, deux fois seulement pendant la nuit, et n'avait éprouvé ni cette douleur sus-pubienne, ni la nécessité de se presser sur le bas-ventre pour uriner, ni l'inconscience de l'écoulement des urines qui arrivaient en pareil cas.

Depuis l'opération, madame L... a toujours été de mieux en mieux; elle n'urine pas plus de six fois dans les vingt-quatre heures; à l'aide d'une petite quantité d'eau de Birmenstoffer et de lavements poussés très-haut dans le rectum avec un irrigateur et une canule vaginale, elle va régulièrement à la garde-robe. Et, phénomène de la plus haute importance, l'albumine que contenaient les urines a diminué progres-

sivement et, le 6 avril, dix-huit jours après le refoulement de la tu-
meur, avait complètement disparu.

12 avril. Madame L... vient d'avoir ses règles, mais elles n'ont pas
été accompagnées des douleurs habituelles. Elle fait maintenant des
promenades d'une heure sans ressentir aucun besoin d'uriner; ses
forces sont revenues, elle mange comme en pleine santé, et sa tumeur
comme celle de madame B..., ne paraît avoir aucune tendance à redes-
cendre dans le petit bassin. En effet, il y a plus de huit jours qu'elle
est sans support, et aujourd'hui je l'ai trouvée gardant toujours sa
place au-dessus du détroit supérieur et à peine à la portée des doigts
introduits dans le vagin.

Les deux malades qui font le sujet de ces deux observations continuent à bien aller (25 juillet 1875). J'ai rencontré Mme L... il y a une quinzaine de jours; le mieux ne s'est pas démenti, elle va bien et ne porte plus d'instrument depuis des mois. — Mme B.. est venue me voir le 23 juillet dernier, elle vaque maintenant aux soins de sa maison, elle ne prend plus d'opium, ne remet son instrument que tout à fait occasionnellement et a repris toutes les allures de la santé.

ÉTUDES SUR LA SYPHILIS CONGÉNITALE

(DE LA DACTYLITE SYPHILITIQUE EN PARTICULIER),

Par M. G. Beauregard.

(3e article.) (1)

CHAPITRE IV. — SYMPTOMATOLOGIE.

Les symptômes qu'offre au clinicien l'histoire des gonflements syphilitiques des os longs chez les enfants nouveau-nés ont été étudiés avec beaucoup de soin dans ces dernières années.

M. Parrot a surtout attiré l'attention sur les paralysies liées aux douleurs qui accompagnent ces lésions et au défaut de jonction de la diaphyse et de l'épiphyse dans les membres affectés. Mais, si l'étude des affections syphilitiques des os longs a fait de grands progrès, il n'en est pas de même pour les os courts et les os irréguliers.

---

(1) Voir les numéros de juillet et septembre, p. 46 et 189.

Les rares auteurs dont nous avons fait mention plus haut, et qui se sont occupés de la dactylite syphilitique, se sont, pour la plupart, contentés de nous donner en leurs observations des notions parfois précises sur le gonflement, la chaleur, la rougeur des membres lésés ; ils ont malheureusement trop souvent oublié de rattacher, par une étude approfondie, ces signes d'inflammation à leur cause véritable.

Le cas suivant a été rapporté par Curtis Smith (1) avec le plus grand soin ; nous le donnons comme l'un des plus clairs et des mieux observés.

Le 21 juin 1869 je fus appelé pour donner mes soins à une primipare dont l'accouchement fut naturel et dura cinq heures. L'enfant était sain et viable. Il offrait toutefois une peau ridée et couverte de furfures. Quelques soins firent disparaître cet aspect mauvais, et pendant quelque temps l'enfant sembla se porter aussi bien que possible.

Mais au bout de la troisième semaine, les soins ayant cessé peu à peu, il se fit sur toute la surface du corps une éruption roséolaire, et le malade semblait souffrir, pendant la nuit, de douleurs vives que les parents prenaient pour des coliques. Ces douleurs étaient nocturnes et ne relevaient que de l'infection syphilitique.

Cet état de choses se continua pendant trois semaines, puis le malade guérit. Au bout de six semaines environ j'étais appelé à nouveau pour soigner la mère et l'enfant qui tous deux étaient malades. L'enfant était amaigri, il présentait absolument cette face de petit vieillard que l'on trouve si souvent chez les enfants syphilitiques. Il y avait autour de l'anus des plaques cuivrées et des excoriations d'une dimension notable. Au cou un engorgement des ganglions qui étaient amollis. L'enfant avait les yeux bleu clair, une belle et abondante chevelure blonde, des sourcils et des cils longs. La chair était molle, flasque, et la peau ridée, semblait par place être usée.

Les sécrétions étaient normales. Dans le jour l'enfant se tenait tranquille, mais la nuit il devenait agité, et semblait souffrir beaucoup de ses douleurs. Le principal point d'intérêt pour moi était l'état de ses mains ou plutôt de ses doigts. Les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index, du médius et de l'annulaire étaient le siége d'un gonflement notable ; celui-ci très-développé au niveau des articulations, y était circonscrit et diminuait rapidement du côté des articulations phalangiennes, qui n'étaient pas envahies. La peau qui

(1) Curtis Smith. *Américan Journal of syphilographie and Dermatologie*, 1872, p. 142.

recouvrait le gonflement était livide ou tirant sur le pourpre, [illegible] il n'y avait pas une grande augmentation de sensibilité quand [illegible] employait une pression modérée ; au contraire, avec une forte pression on déterminait une violente douleur. Le mouvement de la jointure était par suite de la raideur, difficile et toujours très-douloureux, mais il était encore impossible de déterminer la fluctuation qui ne s'est d'ailleurs jamais montrée dans la suite. J'ai revu depuis deux cas semblables, mais n'en ayant encore jamais vu de semblables, je fus quelque peu embarrassé; je ne pus trouver dans aucun des ouvrages dont je disposais une description nette d'un cas semblable. Je vis l'article *Panaris du doigt*, dans l'ouvrage du Brunstead, mais la description était tellement courte, que je ne trouvais rien qui pût se rapporter à mon cas. Je pensais que j'avais affaire à une maladie syphilitique congénitale qui s'était portée surtout sur les doigts.

Je n'avais pas encore examiné la mère, je l'interrogeai espérant que ses réponses m'éclaireraient sur l'état de l'enfant. Je la trouvai anémique, la mine pâle et abattue, la langue couverte de fissures, la muqueuse pharyngienne enflammée et ulcérée au niveau des amygdales. les ganglions de la nuque étaient très-engorgés et un peu douloureux; elle avait quelques plaques érythémateuses sur la face et le cou. — Elle me dit qu'elle souffrait pendant la nuit de violentes douleurs, dans les coudes, les genoux, et le long des tibias, et [illegible] quelquefois dans les omoplates. — Elle avait eu pendant fort longtemps une très-abondante leucorrhée à laquelle la malade attribuait son état de faiblesse et les douleurs qu'elle éprouvait dans les reins; mais elle n'avait eu aucune vésicule, aucun ulcère sur les parties génitales, bien qu'elle fût fort gênée par un prurit vulvaire presque continuel.

Je considérai désormais les deux cas comme syphilitiques. Sur ma demande je vis le mari qui se plaignit de douleurs rhumatismales dans les épaules, les omoplates et les tibias; douleurs telles qu'elles l'empêchaient de dormir la nuit. Je lui dis franchement que ce n'était point de rhumatismes qu'il souffrait, mais de syphilis. — Il reconnut lui-même qu'il avait été infecté deux ans auparavant, et me dit que son médecin avait prétendu l'avoir guéri à tel point qu'il n'en souffrirait plus jamais. — Il m'avoua qu'après avoir contracté cette maladie et l'avoir traitée, il avait communiqué le mal à une autre femme, que j'ai soignée à cette époque pour la syphilis constitutionnelle.

La cause de la maladie me semblant suffisamment démontrée, je soumis tous mes malades au traitement anti-syphilitique. Le père fut rapidement soulagé de ses douleurs, la mère et l'enfant après un traitement continué pendant un temps considérable commencèrent

être soulagés ; le gonflement des doigts ne se modifia guère pendant le premier mois, mais peu à peu il diminua, et au bout de trois mois et demi il avait entièrement disparu. La mère aussi se trouva bien du traitement, elle reprit une apparence robuste, mais elle souffre encore de temps en temps de douleurs nocturnes, qui cèdent à un traitement de quelques jours. L'enfant au bout d'un mois de traitement fut guéri.

Le traitement consista dans l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium, et des toniques minéraux à l'intérieur; comme traitement local, frictions journalières à l'onguent mercuriel sur le cou et le siége de l'éruption. Quand je le vis pour la dernière fois, toutes les parties étaient en bonne santé ; mais je n'ai point revu les deux malades depuis cinq mois.

Dans cette observation, on le voit, l'histoire des parents joue un rôle considérable. C'est qu'en effet, dans la dactylite syphilitique infantile, l'étude du symptôme ne suffirait pas pour porter un diagnostic précis. Nous ne voudrions cependant point passer sous silence l'étude remarquable qui a été faite par W. Taylor des localisations les plus ordinaires du mal.

Si nous nous reportons aux observations qui ont été publiées jusqu'ici, on voit, quelque peu nombreux que soient ces matériaux, que tous les os des pieds et des mains peuvent être affectés par l'inflammation syphilitique. W. Taylor a rapporté un exemple intéressant de lésion syphilitique d'un premier métacarpien, qui montre bien la possibilité de ce fait (1).

Il s'agit d'un enfant âgé de 4 ans et 4 mois. Son père qui est policeman fut affecté de syphilis, qu'il communiqua à sa femme. Celle-ci met au monde un enfant syphilitique chez lequel se développèrent des lésions osseuses et des plaques muqueuses rebelles. L'histoire de cet enfant présenta quelques particularités, aussi la réservons-nous pour un autre travail. Sa sœur Laurétie C..., me fut apportée le 7 juin 1871 par la mère que j'avais soignée peu auparavant. L'enfant présentait une syphilide papuleuse sur les joues et le front, une roséole à son déclin ; sur le corps, des plaques muqueuses dans la bouche, et des condylômes autour de chaque bras.

L'enfant avait souffert pendant un mois très-cruellement, et les parents avaient supposé pendant ce temps que c'était du rhumatisme. Ses souffrances étaient plus fortes la nuit, ce qui l'empêchait de

(1) Voir planche II, fig. 3.

dormir. Les points douloureux étaient à l'extrémité inférieure du radius droit et la partie supérieure du cubitus gauche, et l'os métacarpien de l'index de la main droite. A cette époque soupçonnant que la syphilis était la cause des douleurs de leur enfant, d'autant plus que le père avait été affecté de même manière, ils se décidèrent à m'apporter leur enfant. A l'examen, je trouvai le métacarpien susmentionné très-gonflé et présentant au toucher une forme parfaitement ovale. Le mal avait environ un pouce et quart de diamètre à son milieu, et allait en diminuant graduellement à chaque extrémité du métacarpien. L'espace triangulaire qui existe normalement entre le métacarpien de l'index et celui du pouce, était entièrement comblé, et le gonflement était encore visible sur la surface palmaire de la main. Il y avait de la douleur à la pression, mais il n'y avait pas de lésion de la peau, bien que sa structure fût considérablement altérée. Sa main avait l'aspect que reproduit la gravure, qui a été faite d'après un moule pris à cette époque. Je conseillai de donner à l'enfant quinze gouttes de mixture contenant du bichlorure de mercure et de l'iodure de potassium, semblable à celle que j'ai prescrite dans le premier cas, et au bout d'une semaine l'enfant ne souffrait plus d'aucune douleur. Le 8 juillet, le gonflement avait à peine trois quarts de pouce, et cela alla graduellement en diminuant jusqu'au commencement de septembre, alors il n'y avait point d'allongement notable, et on ne remarquait par le toucher aucune différence avec l'os correspondant de l'autre main. En juillet, j'élevai la dose à 20 gouttes. Dans ce cas, le remède fut pris fidèlement. Cet enfant avait été infecté de syphilis par les plaques muqueuses de sa sœur qu'elle avait embrassée. Environ un mois avant, son père était venu me voir pour un ulcère de la lèvre inférieure, que je touchai avec le nitrate d'argent. Cet ulcère n'était pas guéri lorsque je vis pour la première fois l'enfant.

S'il est possible de voir les os des mains se gonfler dans la syphilis des enfants, la statistique nous permet d'établir que les phalanges des doigts et des orteils sont le siége le plus fréquent des localisations de l'infection. « Et d'abord, dit W. Taylor; pour ce qui est des phalanges, en général, nous voyons qu'elles sont atteintes plus fréquemment que les autres os des mains et des pieds. » Souvent, l'inflammation gagnant de proche en proche s'étend des phalanges aux métacarpiens et métatarsiens. Plus rarement se voit la circonstance inverse.

Quand le gonflement envahit la troisième et dernière phalange, la difformité est très-notable. Les doigts prennent la

forme de massue et ont une grande ressemblance avec l'onyxis syphilitique. Nous regrettons d'avoir été empêché par le temps de faire figurer dans nos planches un remarquable moule de M. Baretta, représentant très-exactement cette disposition chez l'adulte (1).

Nous n'avons point rencontré, dit Taylor, de cas où la phalange moyenne fut atteinte. Nous prendrons pour exemple de l'aspect que doit présenter le doigt dans ces circonstances, la description de la déformation qu'avait déterminée, chez un très-jeune enfant, l'inflammation simple de la seconde phalange.

Sophie S..., enfant maigre et de complexion chétive, âgée de cinq semaines, me fut renvoyée en août 1871 par le Dr J. Aub., qui désirait savoir si l'enfant était affectée de syphilis héréditaire, et si la lésion dont elle était atteinte était de la dactylite syphilitique. La petite malade ne présentait aucune lésion, aucun symptômes syphilique; et un examen attentif de ses parents me démontra que nous n'avions affaire à aucune infection. — L'index de la main gauche était très-tuméfié, le gonflement était surtout exagéré au niveau de la phalange moyenne et allait en diminuant jusqu'à l'extrémité du doigt. L'examen nous montra que cette phalange était uniformément gonflée, et que sa surface était parfaitement unie. La peau qui recouvrait la tumeur était épaissie et rouge, partout ailleurs elle était normale. Sous la peau qui recouvrait la phalange gonflée, on voyait aisément un grand nombre de vaisseaux très-dilatés.

A une lumière éclatante, lorsqu'on regardait le doigt par transparence, on ne trouvait pas l'opacité ordinaire, et il était possible d'apercevoir un objet de petit volume, placé entre le foyer lumineux et la tumeur dactylienne. Ce mode d'examen rendait apparents les plus petits vaisseaux. Le doigt, au niveau de la phalange moyenne mesurait 2 pouces et 1/8. Tandis que son semblable de la main droite n'avait que 5/6 de pouce au même endroit.

La phalange tuméfiée était aussi épaisse à ses extrémités qu'à son centre. La mère m'informa que le gonflement existait déjà au moment de la naissance, et qu'il était aussi prononcé qu'au moment de mon examen. Il n'avait jamais d'ailleurs occasionné à l'enfant de sensibilité ni de douleur. Les parents étant bien portants, il n'y avait aucune raison d'attribuer le gonflement à une affection héréditaire du sang. La lésion étant unique, s'étant produite dans l'utérus, on ne

---

(1) Ce moule se trouve dans le musée de l'hôpital Saint-Louis; il y a été déposé par M. Panas.

pouvait considérer le traumatisme comme la cause du mal. Mon diagnostic dès lors fut que le cas était le résultat d'une simple hyperplasie du cartilage de la phalange, cette prolifération étant bien probablement survenue vers le temps où l'os commençait à s'ossifier, peut-être vers la dixième ou onzième semaine de la vie intra-utérine. Je suis d'avis que dans l'histoire de ce malade, le gonflement est dû à du cartilage non ossifié, ce que semble encore prouver la transparence remarquable de la phalange.

D'ailleurs, continue Taylor, toutes les phalanges semblent susceptibles de s'enflammer sous l'influence syphilitique, et il est probable que l'on rencontre des cas de gonflement de la seconde phalange. J'ai vu trois cas de syphilis dans lesquels cette phalange était gonflée. L'un de ces cas était celui d'un homme affecté de syphilis tertiaire; il avait un gonflement de la première et de la seconde phalange de l'index de la main droite. Un autre de ces cas s'est rencontré encore dans la syphilis acquise; enfin le troisième fut observé dans la syphilis héréditaire et survint chez un enfant de 9 ans, qui en même temps que d'autres lésions osseuses, présenta un gonflement considérable du médius de la main gauche.

Le plus fréquemment, ce sont les premières phalanges qui sont le siége du gonflement syphilitique. Le cas que nous avons rapporté dans notre chapitre de *l'historique*, celui que nous avons emprunté au Dr Smith, enfin l'exemple suivant qui a été publié par Bulkley, montrent combien sont prises souvent les premières phalanges.

Smith, âgé de 2 ans et 9 mois, est un enfant chétif, pâle, aux cheveux blonds, à la peau blanche; il ne parle pas encore, à peine dit-il quelques mots, bien qu'il semble assez intelligent pour comprendre ce qu'on lui dit. A l'âge de 8 mois, c'est-à-dire il y a près de deux ans, on remarqua un gonflement à l'angle de la mâchoire, lequel d'abord peu considérable grandit peu à peu, s'ulcéra et donna pendant un certain temps un pus de mauvais aspect. Il est resté à cet endroit une cicatrice peu profonde, non adhérente à l'os et seulement un peu décolorée. Il y a environ huit mois, il se forma sur la face dorsale du pied une tuméfaction qui bientôt se ramollit et s'ab-céda; à peu près à cette époque, la première phalange du pouce de la main gauche, et peu après l'index de la même main se prirent à leur tour. Ces deux tuméfactions ont été en se développant graduellement sans donner lieu à aucun autre accident.

Tout récemment cependant, une étroite ouverture s'est faite à la partie externe du doigt.

Il y a un an environ, le second métacarpien de la main droite se tuméfia, puis après s'être ramolli donna lieu à une suppuration qui existe encore.

État actuel. — Bon état général, bien que l'enfant soit dans de mauvaises conditions hygiéniques. L'appétit est excellent; il y a cependant un peu de diarrhée. Depuis peu de temps le malade est tourmenté par des douleurs dans les pieds et les mains; il n'y a point traces d'éruptions syphilitiques sur le corps. L'œil gauche porte les traces d'une ancienne kératite interstitielle. Les dents ne présentent point les déformations qui ont été indiquées par Hutchinson.

Main gauche. Le pouce et l'indicateur sont le siége d'une tuméfaction bien marquée portant sur les premières phalanges; la peau est rouge, indurée, ne conservant point l'empreinte du doigt; la pression n'occasionne d'ailleurs que peu ou pas de douleur. Examinée de près, la tuméfaction commence à l'articulation métacarpo-phalangienne, augmente jusque vers la partie moyenne du doigt, et va en diminuant vers l'articulation de la première avec la seconde phalange. Les extrémités des secondes phalanges sont quelque peu enflées, et il est difficile d'apprécier si les articulations ont participé à l'inflammation. Les dimensions du pouce et de l'index de la main malade sont: pour le pouce, 2 pouces, 3/8, pour l'indicateur, 2 pouces 5/8; les mesures prises sur la main droite (saine), sont : pour le pouce, 1 pouce 5/8, pour l'indicateur, 1 pouce 1/2.

On sent une fluctuation superficielle vers le côté externe de l'index, mais la totalité du doigt ainsi que le pouce sont fermes et solides.

Main droite. — Vers le milieu du premier métacarpien de la main droite, il y a une ulcération déprimée, douloureuse et dont les bords adhèrent à l'os. Il y a probablement inflammation générale de l'os qui est douloureux à la pression dans toute son étendue.

Pieds. — Le pied gauche est ordinairement enflé, mais le quatrième et cinquième métatarsien présentent un gonflement semblable à celui des mains. Sur la face dorsale du pied, au niveau de la moitié de l'espace qui sépare les orteils de la malléole externe, on trouve une ulcération excavée, d'un quart de pouce environ de diamètre; les bords en sont taillés à pic, et il en sort un liquide séro-purulent assez abondant. Cette ulcération est entourée d'une zone érythémateuse d'un pouce environ de diamètre. Au niveau de la malléole externe du pied droit, autre ulcération donnant aussi un pus abondant. Les articulations ne semblent point avoir été atteintes.

Histoire de la mère. — La syphilis n'a pu être constatée d'une manière évidente. Cette femme, robuste et grande, âgée de 40 ans, a toujours été de bonne santé ; elle est cependant, depuis l'enfance de son premier enfant, sujette à des crises épileptiformes. Cet enfant, né il y a environ dix-sept ans, n'a vécu que six mois et mourut de ramollissement cérébral. Ces attaques épileptiformes furent, au début, fort irrégulières, ne venant que tous les ans ou tous les deux ans, puis elles devinrent plus nombreuses ; elle en a maintenant quelquefois deux par jour. Il se passe quelquefois des semaines et des mois sans qu'il y ait d'accès. Depuis deux ans elle perd ses cheveux ; ils tombèrent d'abord en grande quantité, puis ils cessèrent de tomber : ils repoussent maintenant, mais sont encore fort courts. Elle n'offre aucun signe évident de syphilis ; n'a jamais eu d'éruption sur le corps, pas de douleurs ostéocopes, pas de maux de gorge, pas de maladies du côté des organes sexuels. L'intelligence est un peu affaiblie : elle a cinq enfants vivants et se portant bien ; elle n'a point eu de fausses-couches.

Histoire du père. — Il mourut, il y a deux ans, d'une affection de la poitrine ; il se livrait, pendant les deux dernières années de sa vie, à l'ivrognerie. Aucun de ses amis n'a pu nous démontrer qu'il ait présenté des signes évidents de syphilis ; il a eu cependant, dans les derniers temps de sa vie, des douleurs siégeant aux jambes et s'exaspérant quand venait le soir.

L'enfant est soumis à l'emploi du bichlorure d'hydrargyre et à l'iodure de potassium. Les ulcérations sont pansées avec du cérat ordinaire.

2 *mars.* — L'enfant est dans un meilleur état ; les ulcères sont d'un meilleur aspect ; il y a moins de suppuration. Le gonflement des doigts semble décroître, et, pendant la nuit, le malade se plaint moins de ses ulcérations. La mère, elle aussi, est soumise à l'emploi des antisyphilitiques pour ses attaques épileptiformes.

16 *avril.* — Les ulcérations du pied sont à peu près guéries ; le petit malade peut même marcher ; l'état général est beaucoup meilleur. Les dactylites du pouce et de l'index de la main droite n'ont pas subi de changement notable. La suppuration qui s'écoulait par l'orifice fistuleux du doigt s'est tarie ; les autres ulcérations se sont guéries de même. Le traitement antisyphilitique que suit la mère semble avoir éloigné les attaques ; celles-ci reviennent moins fréquemment. L'intelligence est plus lucide et plus nette.

Janvier 1874. — Le traitement a été suivi pendant plusieurs mois. Les résultats obtenus sont les suivants : L'enfant remue le pouce et l'index avec facilité ; sa santé est meilleure. Les deux doigts principalement lésés, ont éprouvé un léger raccourcissement. La santé de la mère s'est notablement améliorée.

Remarques. — Le sujet de cette observation fut présenté à la « *New-York Dermatological Society* » en avril 1873. Il faut surtout remarquer que les signes de syphilis, si évidents chez l'enfant, ne se sont pas trouvés chez les parents. Rien dans l'histoire de la mère, ne prouve qu'elle ait été infectée. Le père, sur lequel nous n'avons que des détails fort concis, a cependant éprouvé, pendant les derniers temps de sa vie, des douleurs le long du tibia; il est mort de phthisie, ce qui semblerait encore être en faveur de la syphilis; cette infection, on le sait, précipitant la marche de la phthisie. Tout semblerait donc nous permettre de penser que le père, infecté de syphilis, a transmis ce vice à son enfant, bien que la mère ne semble point avoir offert de signes d'infection. Ce fait semble en désaccord avec les faits publiés par le Dr F.-R. Sturgis, qui admet qu'il est nécessaire que la mère ait reçu le virus et en ait été infectée pour donner naissance à un enfant syphilitique (1). Un seul générateur n'est point insuffisant pour transmettre l'infection à l'ovule. Le jeune âge de l'enfant (3 mois), nous empêche d'admettre que les lésions observées relevaient de la syphilis acquise. Il est difficile d'admettre, en outre, que les attaques épileptiformes de la mère relevaient de la syphilis, surtout lorsque ces attaques ont duré pendant dix-sept années, et que, durant ce laps de temps, elle a eu cinq enfants vivants et bien portants. Jamais de fausse-couche. Il faut admettre, dès lors, que la mère a été infectée immédiatement avant ou après la conception, et que la grossesse, survenant, a arrêté l'évolution du virus, comme d'ailleurs on la voit arrêter la marche de la phthisie. Peut-être aussi les manifestations syphilitiques, au lieu de se porter sur la mère, se sont-elles concentrées sur l'enfant sur lequel se portait, à cette époque de congestion utérine, toute la force vitale de la mère. D'ailleurs, la fréquence plus grande des attaques épileptiformes, survenant après la grossesse, le rapide obscurcissement de l'intelligence, semblent nous montrer que, le fœtus, n'agissant plus comme dérivatif, toutes les forces du virus syphilitiques se reportaient sur la mère. (2) »

Cette observation nous a semblé intéressante à plus d'un point de vue. Outre qu'elle nous donne une idée exacte de l'aspect qu'offre ordinairement la dactylite syphilitique dans ses

(1) Sturgis. *On the Etiologie of Hereditary syphilis. New-York medical Journal*, Juin 1871 et Juillet 1873.

(2) Nous devons la traduction de cette observation intéressante à notre excellent ami M. Turcas, en ce moment à New-York. Il nous a, en effet, été impossible de trouver à Paris, tant à la *Bibliothèque de l'Ecole de médecine* que dans les collections particulières, le numéro du *New-York medical Journal*, dans lequel nous savions que se trouvait le travail du Dr Duncan Bulkley.

localisations et dans sa marche, ce cas est encore instructif, parce qu'il nous montre combien il est difficile parfois de fixer le diagnostic précis de la dactylite infantile. Quant aux remarques dont l'auteur fait suivre son observation, elles nous semblent aussi avoir leur intérêt. La question de la transmission de la syphilis du père à l'enfant, sans que la mère ait été infectée, a soulevé de nombreuses controverses qui ont été savamment résumées en Amérique par Sturgis, en France par Mineur (1), enfin par Oewere (2) (de Christiania) (3).

Rien que poser cette question montre combien nous sommes loin du temps où Maudon, de Limoges, écrivait que la syphilis gagnée par la mère pendant la grossesse ne saurait être transmise au fœtus; de l'époque où le Journal de Bruxelles (janvier et février 1856, p. 116) publiait un travail reproduit par la Gazette hebdomadaire sur cette question : *la mère peut-elle transmettre au fœtus la diathèse acquise pendant la grossesse?* Il ne nous appartient pas de donner ici notre avis sur les faits qui ont été publiés tant pour nier que pour affirmer la possibilité de la transmission du virus par le père, sans que la mère soit atteinte. Nous renvoyons seulement le lecteur à la thèse remarquable du Dr Violet (Etude pratique de syphilis infantile, Paris, 1874), où se trouve dans un article sur l'étiologie de la syphilis infantile, la traduction d'une observation publiée dans British Medical Journal, affirmant avec beaucoup de force la possibilité de cette transmission.

Quoi qu'il en soit, la dactylite syphilitique attaque surtout la première phalange, et, alors, amène une déformation tout

---

(1) Mineur. *Essai sur l'Hérédité de la syphilis*, Paris, 1867.

(2) Oewere. Trois articles publiés in *the Nordskl medicinskt Arkiv*, pendant les années 1871, 72 et 73.

(3) Pour plus de détails sur cette question, voir : *Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant*, Paris, 1807.

Cullérier. *De l'Hérédité de la syphilis*, Mémoires de la Société de chirurgie, 1857, t. IV, p. 239.

Notta. Mémoire sur *l'Hérédité de la syphilis* (*Archives de médecine*, 5e série, t. XV, p. 272, 1860.)

Charrier. *De l'Hérédité de la syphilis.* (*Archives de médecine*, 5e série, t. XX, p. 334, 1862.)

notable des doigts. L'os augmente de volume et offre un diamètre trois ou quatre fois plus grand que le diamètre normal. Par suite de ce gonflement, surtout prononcé vers la base du doigt, celui-ci paraît avoir subi un raccourcissement. C'est généralement *sur la face dorsale du doigt* que la tuméfaction est la plus évidente.

La peau est quelquefois tellement tendue qu'il en résulte des ulcérations dont la formation s'explique d'autant mieux que par suite de la compression subie par les vaisseaux, la nutrition des tissus superficiels se trouve fort entravée. En outre on peut rencontrer, dans la dactylite syphilitique, les colorations les plus variées, depuis le rouge le plus accentué jusqu'à la pâleur la plus complète, ce qui tient à l'état d'inflammation plus ou moins active des tissus en même temps qu'à l'état de la circulation. D'ailleurs ces symptômes se rapprochent fort de ceux que l'on rencontre dans la dactylite syphilitique acquise. Taylor pense en outre que chez l'enfant, la coloration de la peau dépend beaucoup de la rapidité ou de la lenteur que met à se produire le gonflement de l'os.

Cet auteur admet en outre que les articulations peuvent participer à l'inflammation des os, comme chez l'adulte. Enfin il réfute l'opinion de Lancereaux (1) qui admet que les ongles peuvent être affectés. Pour lui, il pense que ces complications appartiennent bien plutôt aux inflammations qui se développent dans les tissus superficiels (peau, tissu cellulaire); il croit que l'onyxis syphilitique, fréquent à la seconde période de la syphilis, ne se voit guère lorsqu'il y a de l'ostéite et de la périostite. Toutefois, il admet la possibilité de la coexistence de ces lésions.

Nous ne nous arrêtons pas à l'étude de ces symptômes secondaires, et nous nous contenterons de mentionner que sous l'influence du gonflement des os, les tendons déviés de leur direction peuvent faire éprouver aux doigts des torsions plus ou moins prononcées. Mais ce fait n'est point particulier à la

---

(1) Lancereaux. *Traité historique et pratique de la syphilis.* Deuxième édition, Paris, 1873, p. 178.

dactylite syphilitique infantile. Baume (1), Mahon (2), Volkman (3), en ont largement mentionné les détails dans la syphilis acquise.

Nous terminerons donc l'étude des symptômes de la dactylite syphilitique infantile par l'observation suivante, qui, tout en nous présentant certains des signes de la dactylite syphilitique offre cependant de nombreux caractères appartenant à la dactylite strumeuse. La difficulté de ce cas, au point de vue du diagnostic, nous servira de liaison entre l'étude des symptômes et celle de leur valeur ; entre la symptomatologie et le diagnostic.

F. M. K..., petite fille blanche, âgée d'un an et six mois, a été recueillie à l'hôpital dispensaire des Enfants, le 10 mars 1874. (Cette observation a été publiée en octobre 1874, dans *the American Journal of medical science*, par le Dr Samuel Busey.)

Les antécédents de l'enfant ont été recueillis par l'étudiant en médecine H. A. Dobson aux soins duquel elle fut confiée pendant plusieurs mois.

Les grands parents étaient, paraît-il, sains et de bonne constitution : le grand-père maternel, encore vivant, est âgé de 60 ans, la mère est morte à 35 ans d'une attaque d'apoplexie ; un frère est mort à 8 ans, la cause est inconnue ; une sœur a été enlevée à l'âge de 8 ou 10 ans par la diphthérie ; un frère vit encore, qui se porte bien ; une sœur vivante dit avoir été affectée de temps en temps par des tumeurs scrofuleuses (très-vague). La mère de l'enfant a actuellement 34 ans ; elle a été réglée à 15 ans ; depuis elle a toujours été bien réglée ; vers sa neuvième année, elle a eu des « humeurs froides, » durant environ trois mois, mais elle s'est bien portée depuis, et n'a jamais été forcée de prendre le lit. Vers l'âge de 15 ans, elle a eu une éruption squameuse accompagnée d'un prurit vif, sur la tête et le front, s'étendant de là au corps. Elle a été traitée pendant fort longtemps ; l'affection étant plus grave l'hiver que l'été. Avant l'apparition de l'éruption, elle avait habité comme femme de chambre un hôtel et y était restée jusques environ deux ans avant l'éruption. Elle prépara les lits d'hom-

(1) Baumé. *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes*. Partie première, p. 178, Paris, 1840.

(2) Mahon. *Recherches importantes sur l'existence, la nature et la communication des maladies syphilitiques chez les femmes enceintes, chez les enfants nouveau-nés et chez les nourrices*. Page 456, Paris, 1804.

(3) Volkmann. *Berliner-Klinish Wochenschrift*, n° 7, 1870.

mes qui, paraît-il, avaient « une mauvaise maladie, » et parfois aida au blanchissage des draps et des couvertures. Elle dormit avec d'autres jeunes servantes ; l'une d'elles depuis a été soupçonnée d'avoir une « mauvaise maladie. » Elle se maria à 38 ans ; son mari mourut deux ans et sept mois après de phthisie ; elle souffrit de la gorge quelque temps avant qu'il mourût. L'enfant, né vingt mois après le mariage, gros et bien portant, pesant 9 livres, vint à terme ; il continua à bien se porter jusqu'à ce qu'il eut atteint trois mois. Alors apparut une éruption sur la tête, éruption squameuse et purulente, qui bientôt forma une croûte. Elle commença à ulcérer la peau à cette époque. La toux commença à l'âge de 6 mois ; continua à être très-intense pendant plusieurs mois et revient encore de temps en temps; il eut une affection bronchique grave. Environ vers le dixième mois, il eut une « diarrhée noire » d'une odeur infecte. Voici les renseignements fournis par l'interrogation, cela nous mène jusqu'au mois d'août 1873. L'enfant avait alors onze mois.

En août 1873 l'enfant fut soumise à mes soins, étant très-faible, émaciée, pesant à peine 14 livres, ayant une diarrhée noire, qui bientôt se transforma en une défécation claire comme de l'eau de riz, quelquefois teintée de sang, qu'on pouvait penser venir de l'effort, car il y avait une chute du rectum considérable. Les selles étaient très-désagréables; l'odeur pénétrait les vêtements et tout ce qui était en contact avec la malade. Je la traitai par le sirop d'iodure de fer et l'huile de foie de morue. Elle avait une fièvre intense, refusait de manger; on la nourrit de pain, de pommes de terre et de viandes hachées, etc. Bronchite envahissante, les râles de bronchite pouvaient être entendus à une distance de plusieurs pieds. Je la mis à la diète de lait pur de vache. Je prescrivis une cuillerée à thé d'huile de foie morue avec lacto-phosphate de chaux (de Trindes) trois fois par jour. J'ordonnai en outre l'emploi du quinquina et du fer, quinquina péruvien avec protoxyde de fer (de Nichol), une demi-cuillerée à thé trois fois par jour.

Il y eut peu de changement pendant les deux premières semaines. L'enfant prenait le lait avec répugnance, mais au bout de ce temps elle le but sans difficulté. Peu à peu elle commença à mieux aller. La diarrhée commença à perdre son odeur infecte; les râles de bronchite commencèrent à disparaître; les dents firent leur apparition; mais pendant trois mois la peau resta aussi gravement atteinte. Environ vers le mois d'octobre, la diarrhée noire cessa et l'enfant engraissa si rapidement que vers la fin de novembre, elle pesait 22 livres; elle avait gagné 8 livres en un mois. Depuis lors, elle a été de mieux en mieux; sa bronchite toutefois persiste encore.

Pendant ce temps on observa un gonflement de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit. La tumeur formée était blanche

et luisante, elle s'étendit vers le carpe, sur la face dorsale de la main, plutôt vers l'extrémité inférieure du doigt. Un simple cataplasme fut d'abord appliqué, mais, comme il semblait y avoir de la douleur, on fit des lotions d'acétate de plomb et de laudanum. Le troisième jour on appliqua de la teinture d'iode très-étendue comme contre-stimulant. Alors le gonflement diminua un peu sur la face dorsale, mais gagna sur le côté palmaire et vers l'extrémité du doigt. Cela diminua ensuite. Un examen attentif ne permettait point de reconnaître la fluctuation, et pensant que l'affection avait peut-être un caractère grave, sinon syphilitique, le malade fut envoyé à l'hôpital des enfants où il fut soumis aux soins du Dr Busey.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'enfant était bien portante, forte, mais la chair flasque, la peau pâle, émaciée, montrent qu'elle est encore profondément malade; elle a 12 dents, 8 incisives et 4 premières molaires. La fontanelle antérieure n'était pas encore fermée, mais elle diminua. La tumeur, qui avait envahi la première phalange du médius de la main gauche, mesurait 2 pouces et demi de circonférence au niveau de son plus grand diamètre, près de l'articulation métacarpo-phalangienne; elle diminuait graduellement en cône vers l'extrémité digitale, et n'intéressait pas la deuxième articulation phalangienne. Le doigt correspondant de l'autre main mesurait 1 pouce. La face dorsale de la première phalange était d'une couleur rosée, tranchant avec la teinte pourpre des faces radiale et palmaire; la peau était luisante, tendue, les plis y avaient disparu; il n'y avait point de douleurs. L'enfant criait quand on remuait son doigt ou qu'on le pressait fortement; il usait de sa main, mais évitait de se servir du doigt malade. L'index était tenu écarté. La décoloration de la surface était due, dans une mesure, à des taches d'iode. Au toucher, on avait la sensation d'une substance ferme, dure, donnant tout à fait l'idée qu'on avait affaire à une tuméfaction de l'os. Près de l'angle externe de l'œil gauche, immédiatement en avant de l'oreille gauche et sur la joue gauche, il y avait des taches d'une éruption squameuse, sans coloration de la peau. La malade fut soumise au traitement mixte formulé par le Dr Taylor.

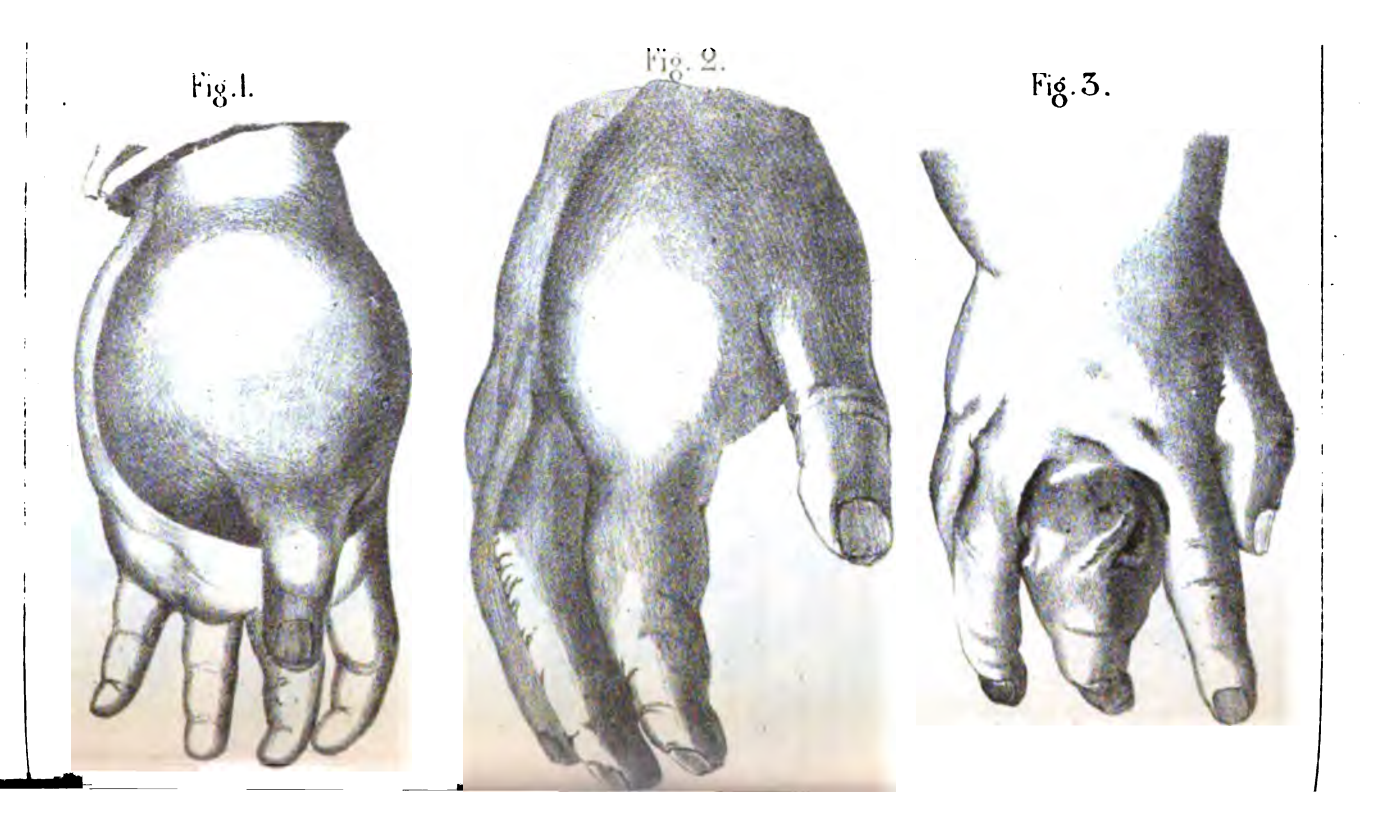
Mars 21. La tumeur a augmenté sur le côté radial du doigt, la peau recouvrant le gonflement était d'un rouge profond; il n'y avait pas de taches, mais une fluctuation molle et indistincte. L'abcès fut incisé, il s'en écoula facilement un pus sanieux (*sanious pus*). Le traitement fut continué et on recouvrit d'un cataplasme de graine de lin l'abcès ouvert.

1er avril. Pas de douleurs ni de sensibilité; la mensuration de la phalange ne montre pas de diminution, même volume et même forme; les mouvements de la deuxième jointure semblent complets, mais ceux de l'articulation métacarpo-phalangienne semblent gênés par le

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.


Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.

gonflement de la phalange ; elle n'est pas sensible à une forte pression.

La figure 1 de la planche III faite d'après un moule en parafine de M. Dobson, pris après la guérison de l'abcès, donne une très-exacte idée de la face palmaire de la main malade.

Le traitement mixte d'après la formule du Dr Taylor fut continué. Il amena une légère diminution dans la circonférence de la tumeur. Le 21 avril on ajouta l'application locale sur la phalange malade de la pommade mercurielle (10 0/0). Dans la suite, l'amélioration devint sensible, et le 11 mai, lorsque j'ai vu la malade pour la dernière fois, la circonférence du doigt, dans son plus large diamètre, mesurait seulement 1 pouce et 7/8 de pouce. *(A suivre.)*

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE II.

Cette planche montre des déformations de siége variab le intéressant les doigts chez de tout jeunes enfants. Les figures qui la composent ont été tirées d'ouvrages Anglais et Américains.

Fig. 1.— Empruntée au travail du Dr John Morgan, *Practical lessons on the contagious diseases*, page 245.

Fig. 2. — Nous avons rapporté l'histoire de l'enfant dont nous reproduisons ici la main dans notre article du mois de Juillet, page 56.

Fig. 3. — Se rattache à l'observation que nous avons traduite, page 255, d'après W. Taylor qui l'a donnée dans les Archives de Brown-Séquard et Séguin. C'est un cas de Dactylite syphilitique secondaire à une lésion osseuse syphilitique du métacarpien chez un nouveau-né.

PLANCHE III.

Fig. 1. — Se rapporte à la dernière observation dont nous avons donné la traduction dans le présent article d'après le cas rapporté par Busey, voir page 267.

Fig. 2 et 3. — Nous serviront à démontrer combien dans certains cas il est difficile de distinguer par le seul aspect des mains, certains enchondromes de la dactylite. La fig. 2 est empruntée au *Philadelphia medical Times*, Avril 1875, page 437 ; la fig. 3 au travail précédemment cité de Morgan

NOTE

SUR LES NŒUDS DU CORDON OMBILICAL

ET LEUR INFLUENCE SUR LA VIE DU FŒTUS

Par R. Canivet,
interne à l'hospice Saint-Lazare.

Les nœuds du cordon ombilical ne sont pas absolument rares; mais leur influence sur la vie du fœtus a été très-diversement interprétée par les auteurs. Ayant été à même d'observer un cas dans lequel un nœud du cordon a manifestement causé la mort du fœtus dans le sein maternel, il nous a semblé intéressant de rechercher les faits du même genre. Cette tâche nous a été singulièrement facilitée par la thèse d'agrégation du docteur Chantreuil.

L'intérêt de cette question n'est pas absolument théorique. Il peut être nécessaire d'être fixé sur le pronostic des nœuds du cordon au point de vue médico-légal.

Le premier fait de nœud du cordon relaté dans la science est dû à Louise Bourgeois (1605). Après l'illustre sage-femme, nous trouvons Mauriceau qui en a observé 8 cas (5 garçons, 3 filles), mais les enfants étaient tous vivants. Il attribue ces nœuds à la longueur du cordon qui, dans un cas, avait plus d'une aune et un quart de long.

Smellie admet que l'arrêt de la circulation peut avoir lieu et cite un cas de mort du fœtus due à un nœud du cordon.

Levret et Puzos se rangent à cet avis et admettent la mort du fœtus pendant la grossesse, sans cependant citer d'observations.

G.-G. Stein (1) dit que dans quelques cas ce phénomène met en danger la vie du fœtus et « que les nœuds qui se forment de « bonne heure dans le cordon, en opposant un obstacle à la « libre circulation du sang sont encore des causes d'un avorte- « ment inévitable. »

(1) G.-G. Stein. *L'Art d'accoucher*, trad. par Briot. Paris 1804, t. I, p. 63 et 73.

J.-L. Beaudelocque (1) est d'un avis tout à fait opposé. Cet auteur avait observé 10 cas environ de nœuds du cordon et jamais malgré plusieurs nœuds du cordon, il n'avait observé la mort ou même la faiblesse de l'enfant ; aussi il déclare que « quel que « soit le temps où ils se forment, ils ne peuvent se serrer assez « étroitement pour s'opposer au cours du sang dans les vais- « seaux ombilicaux ; la raison en est si évidente qu'il paraît « inutile de la rapporter ici. »

Depuis Beaudelocque, presque tous les accoucheurs se sont rangés à cette opinion, qui est partagée par Capuron, Jacquemier, Scanzoni, Devilliers, Cazeaux, Depaul et Tarnier. « Ja- « mais, dit Cazeaux, ils ne peuvent être assez serrés pendant la « grossesse pour compromettre la vie de l'enfant aux mouve- « ments duquel ils sont certainement dus. »

M. Tarnier (2), pour résoudre la question, a fait quelques expériences intéressantes. Après avoir noué des cordons ombilicaux en plusieurs endroits, il a fait des injections dans la veine ombilicale et toujours il a vu passer le liquide. Il a remarqué de plus qu'au moment où le liquide arrivait près du nœud, celui-ci semblait se desserrer.

En somme, nous voyons par ce rapide exposé historique que la plupart des auteurs n'admettent pas le danger des nœuds pendant la grossesse ; Beaudelocque dit bien que la raison de leur innocuité n'a pas besoin d'être exposée, mais les autres accoucheurs ne l'admettent pas parce qu'ils ont toujours vu la vie du fœtus compatible avec ces nœuds qui, dans ces cas, n'étaient pas assez serrés pour entraver la circulation fœtale. Il n'y a pas de raison théorique capable de décider la question. Ce sont des faits qui seuls pouvaient trancher la difficulté.

M. Tarnier seul a fait des expériences qui ne nous semblent pas très-concluantes. Ayant été à même d'observer un de ces nœuds, qui manifestement a causé la mort du fœtus, nous avons constaté la différence qu'il y a avec les nœuds produits expérimentalement. Nous avons répété les expériences de M. Tarnier

(1) J.-L. Beaudelocque. *L'Art des accouchements*, t. I, p. 251, 1re édit. Paris 1833.

(2) Art. Cordon ombilical, Dict. de méd. et de chirurgie pratiques.

et nous avons, comme lui, constaté que jamais on ne pouvait serrer assez un nœud pour qu'un liquide poussé, même avec une force modérée dans la veine ombilicale, ne pût passer outre. Mais nous pensons qu'il y a une grande différence entre le cordon mort et le cordon tel qu'il est constitué dans l'utérus, alors qu'il est parcouru par le sang. Jamais nous n'avons pu produire un nœud aussi serré que celui que nous avons observé. Toujours le cordon dénoué reprenait son apparence normale sans présenter de traces de la striction quelque forte qu'elle ait été. Enfin, les vaisseaux présentent au niveau des endroits noués des variations de calibre très-sensibles et certains auteurs (Chiari, Braun et Spœth) les attribuent à un véritable travail irritatif des tuniques vasculaires.

Voyons donc maintenant les observations qui établissent la réalité des pronostic de Smellie et de Levret. Mais auparavant, il nous faut étudier rapidement les nœuds récents. Ceux-ci, de l'aveu de presque tous les auteurs, sont capables d'entraver la cicculation du fœtus et de causer sa mort, en raison de leur resserrement au moment de l'accouchement. Dans un cas rapporté par Newmann (1), la mort du fœtus a été due à l'inadvertance de la sage-femme. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec une seule poche. Le second enfant naquit mort, et environ à moitié route, entre l'ombilic et l'insertion placentaire du cordon ombilical, le cordon du premier enfant, qu'il était très-facile de reconnaître à la ligature, qu'on avait faite sur lui, était enlacé en un seul nœud et passait au travers d'une circulaire formée par le cordon du second enfant qui, en raison de l'étroitesse du nœud, était complètement étranglé.

Avant l'arrivée de l'accoucheur, la sage-femme avait déjà exercé certaine traction sur le cordon du premier enfant en le mettant au monde, d'où la conclusion que l'étranglement avait eu lieu à ce moment.

Les nœuds anciens présentent des caractères anatomiques qui permettent de les reconnaître. Ils ont été étudiés par Read,

---

(1) *Edinburgh Monthly Journal*, juillet 1858, avec une figure reproduite dans la thèse de M. Chantreuil.

Hyrtl et Lee. M. le D[r] Chantreuil résume en un tableau que nous reproduisons les différences anatomiques observées dans les nœuds anciens et récents.

ANCIENS.	RÉCENTS.
Disparition plus ou moins complète et alternante de la gélatine de Wharton.	Gélatine de Wharton à peu près intacte.
Courbure persistante du cordon aux endroits noués.	Le cordon revient avec facilité à son état normal.
Altération fréquente du calibre et peut-être du tissu des vaisseaux.	Aucune altération vasculaire.
Changement fréquent dans la portion funiculaire non nouée.	Aucun changement des portions du cordon en dehors du nœud.

Comme le dit M. Chantreuil, ce tableau ne s'applique qu'aux deux extrêmes, entre lesquels on trouve un grand nombre d'états intermédiaires qui ne présentent que l'une ou l'autre des dispositions ci-dessus.

Le D[r] Chantreuil cite quelques observations que nous allons rapporter brièvement.

Observation I. — Smellie, (t. II, p. 393).

En 1744, on vint me prier d'aller au secours d'une femme qui se croyait en travail d'enfant, quoiqu'elle ne fût encore que vers la fin du huitième mois de sa grossesse, mais l'événement fit voir qu'elle n'était tourmentée que d'une colique intestinale. . . . . Environ quinze jours après, on me manda une seconde fois, et pour lors je trouvai les membranes rompues; les eaux étaient d'une couleur brunâtre et répandaient une très-mauvaise odeur. L'enfant parut tout livide; l'épiderme s'enlevait aisément par tout son corps, le bas-ventre était tout tuméfié, et le cordon ombilical gonflé et livide, long d'environ deux pieds et demi ou trois pieds, avec un nœud fort serré dans son milieu.

Obs. II. — Cas de Wœtz. *Ann. de la Soc. méd. chir. de Bruges*, t. XII, 1841.

Femme multipare, 5e grossesse, inertie primitive. Application de forceps; les tractions amenèrent la tête séparée du tronc et dans un état de décomposition avancée; le tronc du fœtus amené ensuite à terme, putréfié et le ventre énormément ballonné. Le cordon ombi-

lical n'avait pas plus de *quatre pouces*, dans un état de décomposition avancé et présentait vers le milieu de la longueur, un nœud fortement serré.

Obs. III.— Cas de Grieve (*The London and Edinb. monthly Journal*, 1[illegible]

Madame X..., douleurs et hémorrhagie trois semaines avant le terme de la grossesse. Vingt jours après : Accouchement. Douleurs inefficaces. Seigle ergoté. Fœtus dans un état de décomposition. Cordon mou ou gonflé qui portait vers le milieu un nœud assez complètement serré pour interrompre la circulation.

Obs. IV. — Cas de Comein. (*Ann. de la Soc. med. chir. de Bruges*, t. V., 1842).

L'observation se termine ainsi : Ici la mort de l'enfant peut être attribuée à la lenteur du travail, à l'administration du seigle et on ne paraît pas devoir reconnaître pour cause exclusive la présence du nœud.

Obs. V. — Cas de Passot. (*Gazette méd. de Lyon*, 1849, nº 8, p. 93.

Femme multipare, 3e grossesse. 48 heures avant l'accouchement mouvements du fœtus ralentis, puis cessés 24 heures avant, à l'auscultation, on n'entend pas les bruits du cœur.

Enfant né mort, volume ordinaire, les chairs étaient déjà flétries et ses membres dans un état complet de résolution. Cordon : longueur 1 m. 10 avec deux nœuds simples situés à peu près, l'un à son tiers supérieur, l'autre à son tiers inférieur. Ces nœuds étaient tellement serrés qu'il était visible *à priori*, qu'ils avaient dû interrompre la circulation placento-fœtale.

Le Dr Passot a cherché à faire passer une injection dans la veine ombilicale, mais l'injection n'a pu la franchir. En les défaisant, on remarquait à leur place un sillon contourné, profond, aux limites duquel le cordon reprenait son volume.

A ces observations consignées dans le travail du Dr Chartreuil nous joindrons les suivantes.

Obs. VI. — Cas de Piogey, (*Soc. Anat.*, t. XXVII, p. 176.)

Femme primipare, fœtus mort né. Cordon avec un nœud vers le milieu de son étendue ; au-dessous le cordon est exangue ; très-gonflé au dessus. En dénouant le cordon, M. Piogey constata deux dépressions profondes au niveau de ce nœud.

Obs. VII. — Cas de Billi (de Milan). *Annali universali di medicina*, vol. CLXI, 1857 et *Journal de médecine de Bruxelles*, 1861.

Femme de 24 ans, 2e grossesse. Auscultation pratiquée quatre jours avant l'accouchement: pas de bruits du cœur.

Eaux troubles; de couleur vert foncé, à odeur fétide, présentation du siége.

« Le cordon ombilical entourait le tronc du fœtus de deux circu- « laires dont le second présentait un nœud véritable. Quant au fœtus, « il était développé comme au huitième mois, et offrait tons les si- « gnes d'une macération commençante; le cordon avait une longueur « de 36 pouces, et la position exacte du nœud était à 14 pouces du pla- « centa. Les injections pratiquées dans la veine ombilicale ne peu- « vent y pénétrer. »

Obs. VIII. — Cas de Billi.

Femme de 38 ans, primipare. Au sixième mois mouvements très-violents du fœtus qui durèrent avec la même force pendant deux mois, puis ils s'affaiblirent graduellement sans cause connue, pour cesser complètement vers la moitié du huitième mois. Durant les quatre semaines que la malade passa à l'hôpital de Milan, il fut impossible de constater des mouvements actifs ou de sentir les battements du cœur du fœtus.

L'accouchement eut lieu. Eaux troubles, noirâtres et fétides, présentation du sommet. Le cordon ombilical formait deux circulaires autour du cou du fœtus; la seconde, qui se trouvait dans le voisinage de la portion de cordon qui communiquait librement avec le placenta, présentait un nœud fortement serré. Celui-ci occupait à peu près le milieu de la longueur du cordon qui était de 26 pouces. Ajoutons que les téguments du fœtus étaient dans un état de macération avancé.

Obs. IX. — Cas du Dr Belluzzi, (*Bulletino delle science, mediche di Bologna*, série IV, vol. XIII, avril 1860, p. 288.)

Femme multipare. Mouvements violents du fœtus qui cessent à partir du huitième mois, fœtus en état de macération très-avancée. Le cou du fœtus était entouré par le cordon, lequel présentait un nœud simple qui avait été assez fortement serré pour intercepter complètement le cours du sang. Le cordon dont la longueur était d'environ 23 pouces, se dirigeait à partir de son insertion ombilicale, vers le côté droit du fœtus, passait derrière le cou, qu'il entourait d'une circulaire, et de là contournait le côté gauche du tronc pour aller s'attacher au placenta. Le nœud dont nous venons de parler était à la distance de 9 pouces de l'abdomen. La pièce est déposée au musée d'accouchements de l'université de Bologne.

Obs. X (Personnelle). — Cordon présenté à la Soc. anatomique. Séance du 10 juillet 1875.

Madame X..., âgée de 38 ans, a déjà eu quatre enfants. Grossesses normales et sans accidents d'aucune sorte.

La cinquième grossesse a été aussi très-normale, mais à partir du huitième mois la marche devint impossible par suite du développement du ventre. Néanmoins l'accouchement eut lieu à terme. Après l'expulsion d'un premier fœtus mort (présentation du sommet, sexe féminin), une nouvelle poche des eaux fut reconnue et un second enfant vivant fut expulsé (présentation du siège, sexe masculin.)

Le premier enfant expulsé était mort et déjà assez macéré pour que l'épiderme se détachât avec facilité. Il ne présentait pas d'aplatissement des os du crâne, ni de lésion appréciable. Son volume est sensiblement égal à celui de l'enfant vivant.

A 10 centimètres de l'ombilic on trouve un nœud très-violemment serré et le cordon dont la longueur totale était de 95 centimètres entourait trois fois le cou du fœtus.

La portion du cordon comprise entre les circulaires et le nœud est normale et ne présente rien de particulier, mais à partir du nœud jusqu'à l'ombilic, il offre une apparence congestive très-nette.

Le nœud, lui-même, est très-serré, et on voit la veine ombilicale formant une véritable ampoule contenant un caillot. Le cordon est de moyenne grosseur, c'est un *cordon maigre*. Il n'y a pas de différence de calibre entre la portion funiculaire et placentaire du cordon.

Le nœud défait, montre une disparition alternative de la gélatine de Wharton et garde l'empreinte des spires du nœud, sans aucune tendance à reprendre son état naturel. Une injection poussée dans la veine ombilicale ne passe pas le nœud.

Le placenta est normal.

Parmi ces observations nous ne pouvons rigoureusement tenir compte que de celles de Passot (obs. V), de Billi (obs. VII et VIII), de Belluzzi (obs. IX). Les autres manquent de détails sur la longueur du cordon, l'état du fœtus, la perméabilité des vaisseaux et sur l'état du nœud lui-même. Deux surtout, celles de Smellie et de Comein sont à rejeter comme absolument insuffisantes.

Si nous cherchons les traits communs de ces observations, nous trouvons ces nœuds dans 7 grossesses simples, et 1 fois dans 1 grossesse gémellaire ; 7 fois le nœud était unique, une seule fois double. Dans 4 observations, il existait des circulaires

autour du cou ou du tronc. Il y avait 5 multipares et 2 primipares seulement. Enfin dans un seul cas (obs. II), le cordon était au-dessous de la moyenne (11 centimètres). Nous trouvons dans les autres observations une longueur qui varie de 0,65 centimètres à 1 mètre. Dans 2 cas aussi nous avons trouvé notés les mouvements exagérés du fœtus du sixième au huitième mois, puis leur cessation à partir de cette époque jusqu'au moment de l'accouchement.

Nous ferons remarquer que les conditions qui paraissent favoriser le reserrement de ces nœuds sont : 1° la longueur absolue du cordon, ainsi dans le cas de Passot (obs. V), le cordon a 1m10 ; dans le premier cas de Belli, 0m,91 ; dans le second cas, environ 0m,70 ; dans le cas de Beluzzi (obs. IX), 0m,64. Enfin, dans le cas observé par nous, le cordon avait 0m95. Il est juste d'ajouter que dans quatre de ces cas la longueur absolue était diminuée par des circulaires. M. Depaul (1) ne croit la mort possible que lorsque le cordon est très-court. Son opinion n'est donc pas absolument exacte, car pour que le nœud puisse se former, il faut un cordon d'une certaine longueur. Il serait, pensons-nous, plus juste de dire que la vie du fœtus est compromise par un nœud du cordon quand celui-ci primitivement long est raccourci par des circulaires. C'est là une brièveté relative.

2° Nous noterons ensuite les mouvements exagérés du fœtus, qui sont très-probablement la conséquence naturelle du nœud et des circulaires. Il est d'observation, en effet, que toutes les fois qu'il se produit une gêne ombilico-placentaire, les mouvements du fœtus augmentent et, dans le cas présent, ils ont nécessairement pour effet de serrer graduellement le nœud du cordon, les efforts du fœtus devenant d'autant plus actifs que l'obstacle à surmonter est plus grand jusqu'au moment où il succombe asphyxié.

Une sage-femme de mérite, Mme Dauthey (2), a appelé l'attention sur les mouvements exagérés du fœtus dans les cas de circulaires et nous citerons une de ses observations tout à fait re-

---

(1) *Bulletins de la Soc. anatomique*, t. XXVII.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1842.

marquable. « Il s'agissait d'une femme dont les mouvements du fœtus étaient tellement énergiques qu'elle ne pouvait ni dormir, ni manger. On employa toute sorte de médication sans succès, et à l'expulsion, on constata un enroulement très-prononcé du cordon. »

Enfin, M. Devilliers (1), de son côté, a cité des faits du même genre. Dans trois cas de brièveté accidentelle, cet habile observateur a noté ces mouvements brusques et désordonnés qu'on peut considérer, selon lui, comme des symptômes de gêne circulatoire éprouvée par le fœtus. La mortalité des enfants serait environ d'un cinquième.

De ces faits nous conclurons donc que les nœuds du cordon ombilical sont capables de causer la mort du fœtus pendant la grossesse, malgré l'opinion de la plupart des auteurs. Les faits le démontrent, l'analogie le fait concevoir et l'expérimentation ne peut sérieusement le controuver.

CORRESPONDANCE.

DE L'APPLICATION DU RETROCEPS SUR LA TÊTE DERNIÈRE.

A M. le Dr Leblond, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*.

J'ai relevé, dans le dernier paragraphe du long et intéressant travail que M. le professeur Grynfeltt, de Montpellier, a consacré à l'emploi du forceps (2), pour l'extraction de la *tête dernière*, la phrase suivante :

« Nous pourrions, en terminant, discuter la valeur du *levier* ..... et rechercher les avantages du *retroceps* du Dr Hamon, dans certains cas donnés du genre de ceux que nous avons examinés. Mais comme nous n'avons aucune habitude de ces instruments, et que nos raisonnements ne seraient jamais que des

(1) Recueil de mémoires et d'observations sur les accouchements.
(2) *Ann. de gynéc.*, t. III, p. 100.

raisonnements, nous préférons nous abstenir d'en parler. »

Cette sage réserve du jeune et savant professeur est digne d'éloges. Il est préférable, en effet, de conserver de Conrad le silence prudent, que de parler à la légère, selon le trop vulgaire usage, de choses que l'on ne connaît que superficiellement, ou même que l'on ne connaît pas du tout....

Je serais heureux de fournir, aux lecteurs de votre estimable publication, autre chose que *des raisonnements*. Les idées que je professe sur la *méthode rétrocépitale*, il est vrai, bien que très-répandus en province, ne sont pas encore aujourd'hui accueillies avec faveur par la science officielle. Je ne m'en suis pas moins flatté de l'espoir qu'une courte communication sur ce sujet recevrait un bon accueil dans « *une tribune scientifique, où tous les travailleurs*, selon la promesse qui leur est faite par notre illustre maître, M. le professeur Pajot, doivent *trouver un accueil cordial et confraternel* (1). » « Nous voulons surtout, ajoute l'éminent accoucheur, dans notre publication, une liberté d'opinions que n'entraveront jamais ni les coteries, ni les petites églises, ni les sociétés d'admiration mutuelle..... »

Ces paroles ont été pour moi un encouragement. Mon intention, du reste, n'est pas d'abuser d'une hospitalité qui, j'ose l'espérer, me sera gracieusement accordée; je me propose seulement de rapporter deux faits afférents à la question magistralement traitée par le professeur de Montpellier. Ces faits, je m'empresse de le faire observer, émanent d'une origine qui ne saurait être suspecte. Ils sont empruntés à la pratique d'honorables confrères que je n'ai pas l'honneur de connaître personnellement, et qui n'ont aucun intérêt à défendre une cause qui, par le fait, n'est pas la leur.

Pour plus de renseignements, je me contenterai de renvoyer mes lecteurs au chapitre que j'ai consacré à ce point de l'obstétricie, dans mon *Traité pratique du rétroceps* (p. 262-274).

1[er] *fait*. — Il s'agit d'un cas de présentation podalique. Après l'extraction du tronc, le corps de l'enfant resta entre les mains de l'accoucheur, qui alors seulement s'aperçut que la dystocie

(1) *Ann. de gynéc.* t. I, p. 6.

était due à l'énorme volume de la tête affectée d'hydrocéphalie. Mais laissons la parole à M. le Dr Dehenne, de Bourgbourg (Nord), qui a bien voulu me transmettre cette observation :

« J'applique aussitôt le retroceps; j'appuie la main gauche sur le ventre de la mère pendant les tractions. Je sentais la tête rouler sous ma main, et arriver dans le petit bassin, la face à la vulve. Le retroceps était à bout de course. Je le retirai pour laisser reposer la femme. Dix minutes après, un effort d'expulsion chassa la tête et le placenta. »

2e *fait.* — Le second fait m'a été communiqué par les Drs Lory et Bignon, de la Ferté-Macé (Orne). En voici la relation, en substance.

Rétrécissement très-prononcé du détroit supérieur, chez une multipare, qui n'a pu conserver qu'un enfant sur neuf. Procidence du bras gauche et du cordon. Dégagement très-laborieux du tronc. Le Dr Bignon, craignant la détroncation, dans les manœuvres qu'il exécute pour entraîner la tête, retenue contre la saillie de l'angle sacro-vertébral, se décide à recourir au forceps. *Trois fois il applique cet instrument. Trois fois la tête glisse entre ses cuillers.*

La détroncation est enfin produite. *Trois autres applications du forceps* sont tentées, sans plus de succès, sur la tête, restée au-dessus du détroit supérieur.

Ce ne fut que le lendemain que le Dr Lory put venir en aide au Dr Bignon.

Une première application du rétroceps est tentée par cet honorable confrère, très-familiarisé avec la manœuvre de cet instrument. Les cuillers reviennent à vide. La raison de cet insuccès tient à ce que la tête, très-élevée, est coiffée par le placenta, lequel détermine le glissement de ces mêmes cuillers.

L'instrument est remis en place avec plus de soin, et après des efforts simultanés très-énergiques, opérés par les deux accoucheurs, cette tête énorme par rapport à un bassin rétréci, est entraînée hors des organes maternels.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaires. Je les livre tels quels à l'appréciation de mes confrères.

Paris, le 30 septembre 1875. Dr HAMON DE FRESNAY.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

DES AVANTAGES RÉALISÉS PAR UN PERFECTIONNEMENT FACILE A APPLIQUER AU FORCEPS ORDINAIRE, DESTINÉ A PERMETTRE L'INSERTION DES CORDONS DE TRACTION AU CENTRE DES CUILLERS (1) ;

Par M. Laroyenne.
Chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

J'ai apporté au forceps une modification qui a été rappelée ces jours-ci devant la Société de médecine de Lyon, dans les séances qu'elle a consacrées à la discussion sur le mécanisme de cet instrument et sur ses divers modes d'application. Quoique en apparence assez insignifiante, cette modification suffit pour réaliser complètement le principe fondamental de l'appareil de M. Chassagny, principe en vertu duquel la force doit être attachée au centre de figure du corps que l'on veut faire engager et cheminer dans un canal courbe comme celui du bassin. Elle consiste à faire percer le bord antérieur et postérieur de chaque cuiller d'une ouverture correspondant au centre de la tête saisie par le forceps. Celui qui est entre les mains de tous les praticiens peut supporter facilement le forage de ses bords, et il n'est pas nécessaire d'avoir recours à un instrument neuf, considération qui n'est pas à dédaigner si l'on veut faire accepter et répandre rapidement l'usage des tractions par les petits lacs passés dans les nouveaux trous des cuillers et les substituer à celles de la pratique journalière.

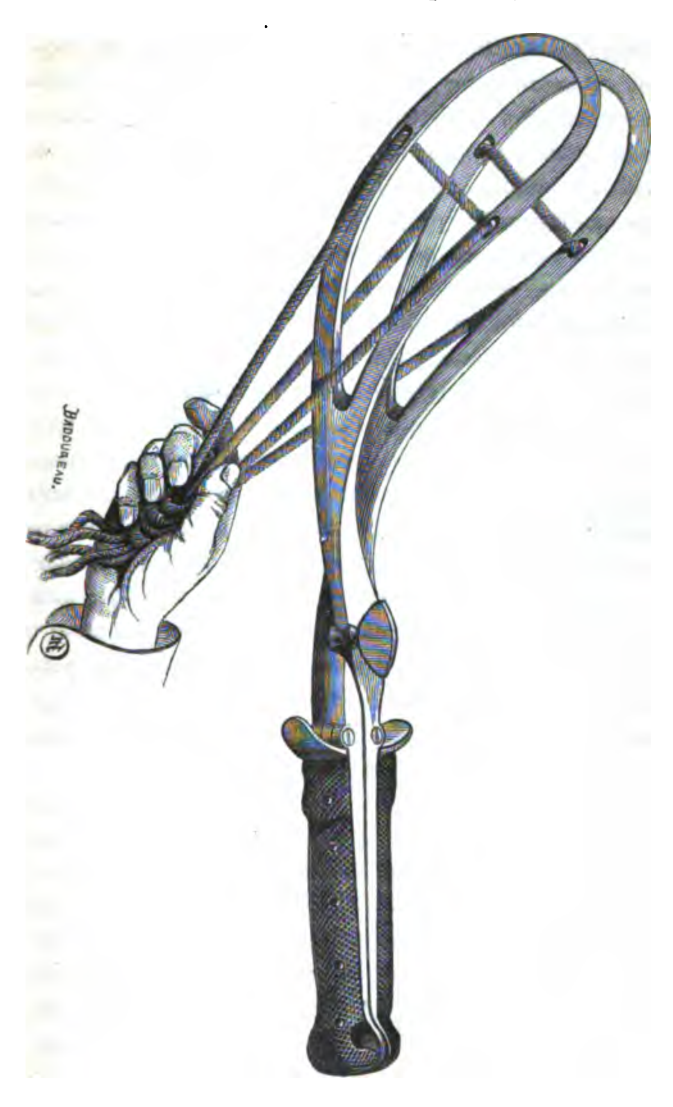
Chaque branche porte donc avant son introduction un cordon distinct, de préférence un ruban de fil résistant qui traverse à l'aise les deux orifices en question de dedans en dehors, c'est-à-dire de la concavité vers la convexité. Le forceps introduit, les chefs de ces rubans, après avoir longé ses faces convexes, sont noués ensemble et forment une anse en rapport avec la commissure périnéale en arrière des manches de l'instrument. Cette

(1) *Extrait du Lyon médical*, numéro du 22 août 1875.

anse est confiée à un aide — ou deux, s'il le faut — qui joue le rôle de machine et dont le choix, conséquemment, est à peu près indifférent. Il est assis à terre ou sur un tabouret, et il opère les tractions dans une direction qui lui est indiquée comme favorable à la descente de la tête, et qu'on fait varier suivant sa progression ou la résistance qu'elle rencontre. L'accoucheur debout tient à poignet les manches du forceps, il comprime fortement l'ovoïde crânien, s'il le croit utile, pour obtenir sa réduction, et facilite son engagement au détroit supérieur, son évolution dans l'excavation, ou sa rotation sur le plancher pelvien, lorsque l'occiput s'y présente en arrière ou transversalement. Toujours prêt à contrebalancer les efforts des aides, il s'opposerait à un dégagement trop brusque qui tendrait à se produire. En un mot, les manches du forceps sont entre ses mains une barre de gouvernail qu'il peut, suivant les circonstances, laisser se diriger en toute liberté ou manœuvrer avec adresse, en combinant son action avec celle des tractions dont il fait varier à volonté la direction et la puissance. J'ai omis d'indiquer que l'orifice creusé dans l'épaisseur du bord postérieur des cuillers peut être plus élevé que l'antérieur de un à deux centimètres. Cette disposition, sans fausser le principe de l'application nécessairement approximative de la force au centre de figure, a pour effet de faciliter la descente de la portion de la tête qui est en rapport avec la demi-circonférence postérieure du bassin.

M. Chassagny a développé longuement, en s'appuyant sur des preuves théoriques et expérimentales, les avantages des trections qu'il a le premier appliquées directement sur le centre de la tête, avantages que j'ai obtenus avec une si parfaite simplicité et qu'il me paraît difficile de contester. Mais loin d'admettre qu'il faut se garder de toucher aux manches du forceps pour ne pas contrarier les effets des tractions, je pense que l'on doit s'en servir pour les favoriser si elles sont reconnues insuffisantes. Dans l'excavation on obéit à cette indication en leur imprimant sans effort la direction qu'ils tendent à prendre d'eux-mêmes, et qui va se rapprochant progressivement de l'abdomen de la mère, et en y associant sur le plancher, quand

il le faudra, un mouvement de rotation pour ramener l'occiput sous l'arcade pubienne ; au détroit supérieur, c'est en fixant



solidement les manches de l'instrument, soit pour modérer ou empêcher l'engagement de la portion de l'ovoïde crânien en

contact avec le pubis, soit pour multiplier la puissance des tractions. En effet, le forceps embrassant cet ovoïde fœtal devient un levier dont le point d'appui immobilisé par la main se trouve à l'extrémité manuelle de ses branches. La puissance au milieu est représentée par l'anse des cordons et la résistance par les diamètres de la tête qui la fixent au-dessus du rétrécissement. Si les manches du forceps sont supprimés, ou ce qui revient au même, laissés libres, l'effet utile de la puissance subit une diminution proportionnelle au raccourcissement du bras de levier représenté par les branches de l'instrument. On vient encore en aide à la traction en agissant concurremment avec elle par l'élévation des manches du forceps sans l'appuyer contre l'arcade pubienne. Cette manœuvre, qui tend à abaisser la région du crâne contiguë à l'angle sacro-vertébral, constitue une puissance dont le point d'appui est en avant contre la face antérieure du pubis et la résistance en arrière au niveau du promontoire. Tout en rappelant fort incidemment ces principes de mécanique appliqués à l'obstétrique pour expliquer ces diverses tentatives d'engagement, je suis loin de penser qu'il faille considérer l'extraction du fœtus comme un problème facile à résoudre par le calcul avec des données aussi incertaines et qui varient d'un instant à l'autre. Et il me paraît indiqué de ne pas s'obstiner à vouloir franchir ou tourner l'obstacle en s'appuyant sur des théories mathématiques que chacun de ceux qui les invoquent formule à sa guise et commente à sa façon. Il est préférable, une fois les indications rationnelles que l'on doit remplir étant bien établies, de procéder avec décision et de modifier la manœuvre dès qu'elle est jugée ne devoir pas aboutir. Les tractions par les lacs constituent toujours la puissance fondamentale, seulement l'accoucheur n'abdique pas et il passe au besoin d'une expectation attentive à une intervention nécessaire et jamais par trop laborieuse. Je n'ai pas à discuter ici la direction qui doit être imprimée à ces tractions portées au début aussi en arrière que possible : on peut les faire varier si elles demeurent inefficaces, les exagérer ou même ne les exercer que sur un des lacs, si l'on veut, par exemple, tenter d'opérer un mouvement de flexion ou d'exten-

sion de la tête, selon qu'elle se présente par le sommet ou par la face.

Aucun tracteur mécanique jusqu'ici no pourrait offrir de semblables facilités. Est-ce à dire que je sois hostile à leur principe et que je méconnaisse même certaine de leur supériorité sur les tractions manuelles qui ne sauraient être ni aussi régulièrement continues, ni aussi uniformément progressives ? Non, évidemment. Mais les inconvénients réellement sérieux et les dangers éventuels des tractions sur les manches du forceps disparaissent complètement si on leur substitue celles qui sont effectuées simplement par l'intermédiaire des cordons. Ainsi, à moins de conditions éminemment défavorables, on n'a plus à redouter, avec l'emploi de cet artifice, la rupture des symphyses ni les contusions profondes des parties maternelles, accidents qui résultent surtout des mouvements imprimés à l'extrémité rigide du levier. Ces mouvements sont supprimés par les tractions manuelles sur les cordons qui font descendre la tête fœtale lentement, sans même déterminer le soubresaut qui, autrement, se produit presque toujours à l'instant où le crâne, déprimé par le promontoire, franchit le diamètre conjugué du détroit supérieur. La surveillance et le maintien de branches de l'instrument — n'est-il pas inutile de le rappeler — permettent d'en ralentir la descente avec sûreté et de prévenir les déchirures qui pourraient se produire dans un dégagement trop rapide.

Il est fort heureux qu'un perfectionnement aussi simple à obtenir que celui que je propose puisse faciliter l'accouchement dans certains rétrécissements pelviens moyens ou peu accusés et dans les engagements irréguliers de l'ovoïde crânien, car les divers appareils à traction, proposés dans ce but, ne sont à la disposition de presque aucun praticien, parmi ceux en petit nombre qui n'ont pas de parti pris contre ces innovations instrumentales. Il en est de même de tous les forceps d'une nouvelle forme. Celui que M. Chassagny a depuis longtemps adopté doit, dans la pensée de son auteur, grâce au parallélisme et à la flexibilité de ses branches, permettre à la tête de s'allonger dans le sens du grand axe des cuillers. Cette visée, dont je suis

loin de méconnaître l'importance, a entraîné notre ingénieux confrère au delà du but qu'il cherchait à atteindre. D'après mon expérience, son forceps glisse souvent dans les applications difficiles ; il glisse plus facilement qu'un autre. C'est un fait que je considère comme indéniable et dont l'interprétation seule peut-être discutée. Cette défectuosité dépend non-seulement de son mode de construction parfaitement étudié, mais aussi de la direction horizontale de sa traction dont l'appui se trouve sur les genoux fléchis de la malade. Ne semble-t-il pas évident que la forme d'un forceps quelconque avec les extrémités de ses cuillers recourbées et rapprochées, constituant un anneau incomplet et aplati, implique l'obligation de le tirer verticalement pour que la prise atteigne son maximum de solidité dans son application au détroit supérieur. Le tracteur, très-bien conçu qu'il a inventé tout récemment est, sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, préférable à l'ancien, surtout s'il est une fois démontré qu'il peut être maintenu immobilisé solidement dans un accouchement laborieux. Celui de M. Poullet, en progrès sur l'aide-forceps de Joulin, est moins bien disposé que le nouveau tracteur de M. Chassagny pour changer instantanément le sens des tractions dans le plan vertical ; et il est à craindre que les boucles qui s'appuient sur les ischions ne puissent subir des déplacements qui permettent au besoin de continuer, en variant leur direction, des tractions de cinquante ou de soixante kilogrammes. Car pour apprécier à leur juste valeur ces appareils plus ou moins compliqués, il est indispensable de ne pas perdre de vue, comme on le fait trop souvent, qu'ils sont avant tout des instruments de dystocie destinés à terminer un accouchement vraiment difficile et non pas simplement entravé par une résistance du périnée ou une inertie utérine.

Qu'il s'agisse d'une dystocie grave ou d'une difficulté moyenne, ou bien simplement d'un cas facile réclamant pourtant une intervention instrumentale, le forceps ordinaire, muni de lacs, qui est à la portée de tous, est toujours indiqué. Dans cette dernière hypothèse, il va de soi qu'on peut sans aucune assistance essayer de tirer en même temps d'une main sur

les lacs, et de l'autre maintenir les manches de l'instrument.

Si les tentatives infructueuses d'extraction nécessitent la perforation du crâne, le mode de traction combiné que je préconise est encore celui qui présente le plus d'avantages. Sans compter ceux que j'ai fait ressortir précédemment, il permet à l'accoucheur de s'occuper presque exclusivement de la pression sur les branches du forceps pour le maintenir toujours solidement appliqué sur la tête fœtale. Par ce moyen il l'empèche de glisser ; contre-temps qui s'observe fréquemment pendant que celle-ci se réduit par l'évacuation successive de son contenu sous les efforts réunis de la pression et des tractions. Enfin, est-il obligé de recourir à la céphalotripsie, le céphalotribe, et plus particulièrement celui de M. Bailly, qui rappelle le forceps à beaucoup d'égards, peut encore permettre la traction à l'aide des cordons. En faisant perforer ses bords pour permettre leur application, j'ai pensé ajouter un perfectionnement réellement utile à tous ceux que son auteur a su réaliser dans la construction de son instrument.

L'opinion que je viens d'exprimer relativement à l'innocuité et à l'efficacité relatives des tractions par les cordons associées à l'action adjuvante ou correctrice exercée sur les manches du forceps, repose sur l'observation clinique. Elle démontre qu'effectuée dans ces conditions une application peut réussir et réussit souvent sans peine, bien qu'elle eût échoué tant qu'on s'était conformé aux préceptes formulés dans les traités d'accouchement et qu'on s'en était tenu au forceps dépourvu des orifices ménagés dans l'épaisseur des bords des cuillers. Nous possédions bien à la maternité de Lyon l'appareil de M. Chassagny, celui de Joulin, les mouffles, etc., comme nous l'avions vu faire si souvent, nous passions successivement de l'un à l'autre espérant toujours d'une nouvelle application un succès que le précédent instrument nous avait refusé. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi : après avoir acquis la certitude que la tête reste immobile malgré nos efforts soutenus de traction, nous estimons que la version avec ou sans la crâniotomie, ou bien plus souvent la crâniotomie seule est indiquée sans recourir à d'autres tentatives à la fois inutiles et dangereuses.

J'ai passé à dessein sous silence dans cette exposition certains détails de pratique qui n'ont rien d'essentiel, tels que le bâtonnet placé dans l'anse formée par la réunion des lacs pour pratiquer les tractions; la facilité avec laquelle on peut y accrocher un dynanomètre; la préférence que j'accorde à un grand forceps comme celui de M. Stoltz. Ce sont autant de considérations bien accessoires sur lesquelles il serait au moins, à présent, inutile d'insister.

REVUE CLINIQUE

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE. — VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES. — PRÉSENTATION DE LA FACE. — ACCOUCHEMENT PAR LA FACE D'UN ENFANT VIVANT.

Observation recueillie dans le service de M. le professeur HARDY, par M. Georges MAILHETARD, externe du service.

Cuénat Marie, âgée de 33 ans, domestique, enceinte et à terme, se présente, le 14 juillet 1874, à dix heures du matin, salle Saint-Ferdinand, hôpital Saint-Louis, pour y accoucher.

Voici quels sont les antécédents de cette femme : cinq grossesses antérieures, dont trois enfants sont venus morts et les deux autres vivants. Chaque fois l'accouchement s'est fait facilement, sans l'intervention de l'art. Une seule fois, la malade a été indisposée après ses couches, et elle est restée deux mois malade. La dernière couche date d'un an; l'enfant est venu mort. Pendant la dernière grossesse, pas d'indisposition. La profession de domestique l'a exposée quelquefois à des travaux pénibles; ainsi, une fois par semaine, elle a été au lavoir où, pendant une partie de la journée, elle avait le ventre appuyé sur le rebord d'un banc et travaillait dans cette position fatigante.

Une heure avant son entrée à l'hôpital, cette femme faisait un petit travail de force lorsqu'elle sentit tout à coup une douleur légère dans le bas-ventre, les eaux de l'amnios s'écoulèrent, et elle vint ensuite à Saint-Louis.

A dix heures du matin, nous trouvons le col dilaté comme une pièce de deux francs environ; la poche des eaux rompue laisse écouler du liquide amniotique (il s'en est déjà écoulé une grande quan-

tité avant l'entrée à l'hôpital). Le doigt, tout d'abord, n'atteint aucune partie fœtale ; celle-ci paraît très-élevée, et il faut réprimer fortement le périnée pour arriver sur une surface dure, petite, de forme triangulaire qu'on reconnaît pour l'omoplate ; en allant en arrière, on trouve l'aisselle, mais il est impossible d'atteindre et de reconnaître aucune autre partie.

Le ventre est large, aplati ; à chaque extrémité du diamètre transverse, on trouve une saillie, tandis que l'espace intermédiaire est un peu déprimé. Par la palpation, on arrive facilement à reconnaître la tête dans la fosse iliaque gauche. Les bruits du cœur du fœtus s'entendent au niveau de la ligne médiane et ont leur maximum d'intensité au milieu de la distance de l'ombilic au pubis.

Tous ces signes réunis nous permettent de diagnostiquer une présentation de l'épaule gauche avec la tête à droite et le dos en avant.

La parturiente n'a pas de douleurs, le col n'est pas encore assez dilaté pour permettre de tenter la version, et du reste aucune partie n'étant engagée, le fœtus est encore mobile malgré l'écoulement d'une grande quantité d'eau. Aussi, en attendant la dilatation complète du col et le moment favorable pour intervenir, avons-nous tenté de ramener le fœtus en bonne présentation par des manœuvres externes.

La femme placée dans le décubitus latéral gauche et une main appliquée sur le siége et l'autre sur le sommet, nous avons fait sur ces deux parties des pressions en sens opposés, de façon à porter le siége vers le fond de l'utérus et la tête sur le segment inférieur de ce même organe. Après quinze ou vingt minutes de semblables manœuvres, la forme du ventre avait notablement changé, et le diamètre longitudinal du fœtus était sensiblement dans la direction de l'axe du détroit supérieur du bassin. A ce moment nous avons pratiqué le toucher. Nous sommes directement arrivé sur le nez dont il était facile de reconnaître les deux narines ; en se dirigeant en avant et à droite, on atteignait la racine du nez ; en allant en arrière et à gauche, on entrait dans la bouche, enfin en avant, la partie la plus basse était la joue gauche.

Nul doute, la position était changée pour le moment, seulement la tête s'était défléchie pendant les manœuvres, et, au lieu d'avoir affaire à une présentation du sommet, nous avions une présentation de la face, présentation mento-iliaque gauche postérieure, en prenant le menton pour point de repère, ou fronto-iliaque droite antérieure, en prenant le front.

L'enfant paraissait à ce moment bien portant ; les bruits du cœur étaient normaux, et le col n'était pas plus dilaté qu'au début. Il ne restait donc plus qu'à attendre, car, si la tête pouvait se maintenir dans

cette position, il y avait tout lieu de penser que l'accouchement pourrait se faire par les seuls efforts de la nature.

A cet effet, nous fîmes rester la malade dans le cubitus latéral gauche, et nous plaçâmes plusieurs alèzes pliées en plusieurs doubles, entre le lit et le ventre, à la partie supérieure, de façon à exercer une pression continue, de bas en haut, sur l'extrémité postérieure, afin d'empêcher le fœtus de reprendre sa position première. Quant à la tête, il était impossible, en vertu de son poids, qu'elle pût remonter, et, dans la position donnée, elle avait, au contraire, de la tendance à se porter à gauche. De cette manière, le fœtus avait beaucoup de chances de rester dans la position où nous l'avions amené.

A quatre heures du soir, la malade fatiguée se remit sur le dos; la position n'avait pas changé. Le col n'était pas plus dilaté que le matin. Vers le soir, des douleurs se manifestèrent, le col se dilata, et la malade accoucha heureusement à quatre heures du matin. L'enfant vint vivant et en présentation de la face.

Il n'y eut point d'accident pendant la délivrance.

A dix heures, le 15 décembre, l'accouchée eut un violent frisson et fut en proie à une fièvre violente : peau chaude, rougeur marquée de la face, sueurs, accélération du pouls (128 pulsations). Elle ne souffrit pas du ventre; ce malaise n'eut pas de conséquences fâcheuses. Les suites de couches allèrent bien. Il resta seulement à la mère un peu de fatigue à la marche.

Cette observation nous permet de conclure qu'en pareille circonstance il est toujours bon d'essayer de ramener le fœtus en bonne position par des manœuvres externes, quitte ensuite à faire la version si l'on n'a pas réussi. Si, au contraire, on a obtenu un bon résultat, on ne saurait contester le service rendu, puisque l'on a placé la femme dans la possibilité d'accoucher facilement, et sans lui faire subir aucune opération douloureuse et dangereuse pour sa santé et celle de son enfant.

Dès le début de cette observation, nous avons fait remarquer que cette femme avait eu souvent, pendant le cours de sa dernière grossesse, le ventre appuyé sur le rebord d'un banc, et que, dans cette position, elle avait passé des journées entières à travailler; ne pourrions-nous pas voir dans ce fait la cause de la présentation vicieuse? Un fait antérieur et semblable, dont nous avons été témoin, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Després, paraît venir à l'appui de notre supposition : Une jeune femme accoucha d'un enfant en présentation de l'épaule, alors que, dans les grosseses précédentes, l'enfant était venu par la tête. Nous avions trouvé la cause de cette présentation vicieuse dans la pression continue exercée, pendant le cours

de cette grossesse, par un panier (à vendre des fleurs) que cette femme avait porté continuellement appliqué sur le ventre.

Ces deux faits, qu'il nous a paru intéressant de rapprocher ici, reconnaissent une cause parfaitement identique, laquelle a eu pour résultat, dans les deux cas, d'amener une présentation vicieuse de l'épaule. Ils viennent prouver une fois de plus combien il importe de veiller à l'hygiène des femmes enceintes, chez lesquelles tout travail devrait être interdit, surtout dans les derniers mois de la grossesse.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Guéniot donne lecture de la note suivante :

Sur l'emploi de la force mécanique dans les accouchements (1). — Dès l'antiquité, certaines opérations de chirurgie, qui réclament l'emploi de la force, furent exécutées avec l'aide des machines. A propos de la réduction des fractures, Hippocrate dit, en effet : « Si l'extension pratiquée par des aides est suffisante, il convient de s'y tenir ; car il serait absurde d'appliquer des machines sans aucune nécessité. Mais si les aides ne suffisent pas, il faut bien recourir à des moyens plus forts et choisir alors le plus convenable. » D'une autre part, on trouve dans Celse, au chapitre *de la luxation du fémur*, le passage suivant qui est des plus explicites :

« Quelques-uns ont prétendu que la cuisse, après sa réduction, se luxait toujours de nouveau... Mais Hippocrate, André, Nilée, Nymphodore, Protarchus, Héraclide et un certain fabricant, qui fut célèbre en son genre, auraient-ils inventé tant de machines pour réduire la cuisse, si cette réduction eût été sans utilité? » Puis, Celse recommande pour les cas difficiles l'usage, soit du levier, soit d'un banc spécial muni à chaque bout d'une sorte de treuil.

Plus près de nous, A. Paré, les deux Fabrice, J.-L. Petit et d'au-

(1) C'est une question encore aujourd'hui fort controversée que celle de savoir s'il convient d'appliquer des machines à la délivrance de la femme. Malgré les publications de Chassagny et de Joulin, qui ont été les premiers à préconiser cette innovation ; malgré les essais tentés depuis par MM. Tarnier, Hamon, Pros et Poullet, la méthode des tractions mécaniques n'a produit jusqu'ici qu'un bien faible retentissement dans la pratique. Le but de ce travail est de scruter à nouveau le sujet dans ses points essentiels. Voulant être concis, je négligerai à dessein la critique des opinions émises et des divers appareils proposés jusqu'à ce jour.

tres chirurgiens célèbres conseillent également, s'il en est besoin, de recourir aux machines.

C'est au dix-huitième siècle seulement qu'une autre doctrine parvint à s'affermir et à prévaloir sur l'ancienne. L'emploi de la force mécanique fut alors décrété dangereux et, comme tel, banni de la pratique des opérations. Cette révolution fut l'œuvre de l'Académie royale de chirurgie. Jusqu'à Boyer, qui se montre hostile aux machines — et même quelque temps après lui — on repousse ainsi le secours de cette force « aveugle et redoutable. »

Bientôt cependant, quelques chirurgiens déclarent qu'une telle proscription n'est pas justifiable ; ils s'appliquent à régler l'emploi de la force mécanique et à rendre celle-ci généralement moins dangereuse que les efforts manuels ; bref, l'opinion ancienne reprend faveur, et c'est elle qui, de nos jours, prédomine en définitive dans les esprits.

Si la chirurgie proprement dite retire souvent des avantages incontestables de l'usage des machines, est-on autorisé à conclure qu'il en serait de même pour la chirurgie obstétricale ? Et, dans le cas de négative, est-il possible de trouver à cette dernière une raison légitime de recourir aux tractions mécaniques ? Telle est la première question qui s'offre à notre examen et dont nous devons chercher d'abord la solution.

Dans la pratique chirurgicale, l'usage des machines se trouve exclusivement limitée aux opérations qui intéressent le système osseux. Les luxations, les fractures, certaines difformités du squelette, représentent à peu près les seules affections dont la cure réclame parfois l'emploi de la force mécanique. Presque toujours ces machines sont destinées à vaincre la contraction musculaire qui s'oppose à la réduction des os ; plus rarement elles ont pour objet de déchirer les liens fibreux qui retiennent une articulation ankylosée ; exceptionnellement enfin, elles sont utilisées pour la rupture du cal vicieux (1).

Dans la pratique obstétricale, les machines peuvent-elles recevoir

(1) Je fais ici, bien entendu, abstraction des instruments ou appareils utilisés dans nombre de cas, pour remplacer d'une façon permanente les efforts manuels du chirurgien ; tels sont les compresseurs artériels, les bandages herniaires, les redresseurs articulaires, les corsets métalliques, etc. En effet, ces diverses machines, toutes à pression continue, n'ont pas pour objet de développer une force supérieure à celle dont dispose la main de l'opérateur, ce qui établit entre elles et celles du premier type une différence capitale. Les premières sont de véritables *machines de renfort*, tandis que les secondes ne sont autres que des *machines de substitution*. L'utilité de celle-ci n'a jamais été contestée ; elles figurent comme éléments indispensables parmi les ressources thérapeutiques que chaque jour le chirurgien met à profit. Nous devons donc les considérer comme étant ici hors

une telle application? Évidemment non ; abstraction faite, du moins, des divers cas où, l'enfant étant mort, l'accoucheur s'efforce de l'extraire par fragments à travers un bassin trop étroit. Mais toutes les fois qu'il s'agit de terminer l'accouchement sans compromettre d'une façon certaine l'existence du fœtus, ou, en d'autres termes, dans tous les cas qui relèvent du forceps combiné avec l'emploi de la force, l'énergie des tractions n'a jamais pour objet de vaincre la contraction musculaire, ni de rompre aucune attache fibreuse. Tout au contraire, la contraction utérine, comme celle de la paroi abdominale, vient en aide à l'opérateur, et d'ordinaire celle-ci s'applique à la favoriser plutôt qu'à la combattre. Ce qu'il pourrait s'efforcer d'obtenir par l'emploi des tractions mécaniques, ce serait une réduction lente des diamètres transverses au profit des diamètres longitudinaux de la tête fœtale ; quelquefois encore, ce serait une dépression du crâne contre l'angle sacro-vertébral, dépression qui, en diminuant d'une façon notable l'un des diamètres, supprime presque toujours l'excès des résistances et permet une facile terminaison de l'accouchement, sans causer nécessairement la mort du fœtus. Hors de là, les tractions mécaniques me paraîtraient être sans utilité.

En chirurgie, les parties soumises à l'action de la force son généralement des organes peu susceptibles qui, sans de très-graves inconvénients, peuvent supporter de grandes pressions; tels sont la peau, les muscles, les ligaments, les os et le tissu conjonctif des membres. En obstétricie, au contraire, il en est tout différemment. Ainsi, du côté de l'enfant, c'est la tête qui subit la pression, c'est-à-dire une partie qui renferme l'organe le plus important et le plus délicat de toute l'économie fœtale. Du côté de la mère, c'est le rectum et la vessie; c'est aussi le vagin, le col de l'utérus et surtout le tissu conjonctif intra-pelvien, tous organes, plus ou moins faciles à léser et très-propres, dans l'état de couches, à réagir d'une manière pathologique.

Comme on le voit d'après ce court parallèle, les avantages que retire la chirurgie de l'usage des machines n'impliquent nullement que l'emploi de la force dans les accouchements serait suivi de bons résultats. Dans les deux cas, en effet, les conditions de l'intervention se trouvent être notablement différentes, et le but de l'opérateur n'est point non plus le même.

A défaut de la chirurgie, la pratique vétérinaire qui, dans les parturitions laborieuses, utilise les machines, ne pourrait-elle du moins justifier des tentatives analogues dans l'espèce humaine?

---

de cause, et borner nos allusions aux seules machines qui peuvent déployer une force supérieure à celle de l'homme, en un mot à celles que je viens de nommer machines de renfort, et qui comprennent la moufle, le treuil, le cabestan, etc.

J'avoue que telle n'est pas mon opinion. Quoique ce soit à un rapprochement de ce genre qu'il faille rapporter l'idée de M. Chassagny, d'appliquer les tractions mécaniques à la délivrance de la femme, cependant trop de dissemblances séparent celle-ci de la femelle domestique pour permettre d'assimiler *à priori* les indications opératoires que l'une et l'autre sont susceptibles de présenter. En effet, dans l'espèce humaine, la configuration du bassin et l'aptitude inflammatoire des organes intra-pelviens, celle du péritoine surtout, de même que la conformation de la tête et le mode d'expulsion du fœtus, représentent des conditions fort différentes de celles qu'on rencontre dans les espèces animales. Une pratique utile pour la délivrance de nos femelles domestiques n'entraîne donc pas, pour la délivrance de la femme, des conséquences nécessairement aussi avantageuses.

A mon avis, l'emploi des machines en obstétricie ne peut reconnaître d'autre fondement ou de motif décisif que ce fait d'observation, à savoir : que des tractions manuelles, énergiques et prolongées, ont donné maintes fois des résultats heureux pour la mère et l'enfant ; et cela, dans des circonstances qui compromettaient gravement la vie de l'un et de l'autre. Pour ma part, j'ai été plus d'une fois témoin de ces solutions presque inespérées. Dans un cas où le diamètre sacro-pubien atteignait à peine sept centimètres et demi, il me suffit de dix minutes d'effort pour extraire, à l'aide du forceps, une petite fille de taille moyenne, dont le crâne avait subi contre le promontoire une forte dépression. Malgré l'énergie soutenue de mes tractions, la mère eut des suites de couches heureuses et, quatre ans plus tard, je trouvai sa petite fille bien développée, en même temps que douée de toute la vitalité désirable.

Si des tractions vigoureuses, exécutées à un ou à deux, sont capables de résoudre fructueusement de telles difficultés, on conçoit sans peine qu'une machine simple et de facile emploi pourrait être avantageusement substituée aux efforts manuels de l'accoucheur. Tout en épargnant à celui-ci une grande dépense de forces, elle lui permettrait d'effectuer les tractions d'une manière plus régulière, mieux graduée et souvent plus conforme à l'indication qu'il s'agit de remplir. On sait, en effet — la preuve en serait ici superflue — que la vigueur des contractions musculaires engendre promptement la fatigue, et que l'effort d'un opérateur fatigué est nécessairement inégal, saccadé, sujet à de grandes oscillations. D'une autre part, il n'est pas moins certain que ces irrégularités dans les tractions, ces secousses, ces brusques oscillations provoquent parfois des actions redoutables, soit chez la mère, soit chez l'enfant.

En principe, l'emploi de la force mécanique dans les accouche-

ments a donc sa raison d'être et me paraît ainsi parfaitement justifiable.

D'après les considérations qui précèdent, on voit que cette conclusion repose tout entière sur la légitimité admise des *tractions forcées*. Mais, par cela même que celles-ci sont *forcées*, c'est-à-dire capables de vaincre des résistances inaccoutumées, on pressent assez qu'elles ne sauraient être toujours innocentes pour la mère et pour l'enfant. Aussi convient-il de n'y recourir qu'à titre de moyen exceptionnel, et seulement dans les cas difficiles qui peuvent en requérir l'emploi.

Est-il besoin, d'ailleurs, de faire remarquer qu'une telle pratique se trouve en complète opposition avec la doctrine — de nos jours assez répandue — qui repousse toute intervention de la force dans les accouchements ? En Angleterre, par exemple, où l'on sacrifie le fœtus avec un incroyable abandon, en dehors de toute viciation pelvienne et pour des difficultés de l'ordre le plus vulgaire, on comprend que l'indication d'user des machines à traction serait difficilement reconnue. Pour des raisons analogues, l'emploi de la force mécanique dans les accouchements n'a provoqué jusqu'ici aucun écho en Allemagne. Mais revenons à notre sujet.

Puisque les machines, d'après nous, ne peuvent obtenir *droit d'usage* en obstétricie que pour les cas qui réclament l'intervention d'une force exceptionelle, on devine aisément que nous en proscrivons l'emploi toutes les fois que la main de l'accoucheur, sans de grands efforts, suffit à opérer efficacement elle-même. Tels sont, à de rares exceptions près, les cas dans lesquels l'obstacle ne réside que dans les parties molles. Donc, à notre avis, les machines doivent être presque exclusivement réservées pour les cas de viciation du bassin ou d'excès de volume de la tête fœtale.

Cela étant, comme les rétrécissements pelviens ne présentent en général qu'une faible étendue en hauteur (quelques centimètres à peine), on voit que si l'on applique la règle que nous venons de poser, c'est-à-dire si l'on restreint l'emploi des machines aux seuls cas qui requièrent l'action d'une force énergique, la nécessité de recourir à ces appareils ne se produira que dans une partie limitée de l'intervention opératoire. Par conséquent, les efforts manuels de l'accoucheur devront, presque toujours, à certain moment de l'extraction fœtale, se substituer à l'action des machines et compléter ainsi l'opération commencée par elles.

Ces données fondamentales seront, je pense, facilement admises comme exprimant les conditions d'une pratique rationnelle et prudente. Cependant, pour en fortifier la démonstration, qu'il me soit permis d'ajouter encore quelques mots.

Personne, assurément, ne contestera que la main de l'accoucheur

et la force musculaire dont il dispose — toutes les fois qu'elles s'exercent d'une façon modérée — ne soient de beaucoup les meilleures ressources qu'il puisse mettre à profit. Elles constituent, en effet, le moyen d'action à la fois le plus précis, le plus sûr et le plus innocent, parce que l'opérateur a conscience de ses propres efforts et que, selon le besoin, il les augmente ou les diminue, les accélère ou les ralentit, en un mot les modifie à son gré aux divers temps de l'opération. Aussi, n'a-t-on jamais vu, que je sache, un chirurgien proposer de substituer à la main un appareil propre à mettre en jeu le bistouri ou la lancette. Mais il en est tout autrement pour les opérations qui nécessitent le déploiement d'une grande force; car alors, la fatigue qu'en éprouve le chirurgien lui fait perdre toute précision. Lorsque le concours d'un ou de plusieurs aides se trouve être nécessaire, à plus forte raison l'opérateur devient-il incapable de diriger avec sûreté une telle association d'efforts, et c'est en pareille circonstance surtout qu'une machine bien appropriée peut offrir de réels avantages sur le procédé manuel.

La manœuvre du forceps, chacun le sait, réclame d'ordinaire plus de douceur que de force, mais aussi, quelquefois, autant de force que d'habileté. Dans le premier cas, recourir aux machines serait, sans aucune doute, compliquer à plaisir l'opération; mais, dans le second, l'emploi d'une machine trouve au contraire manifestement son indication. De tout ce qui précède, je me crois donc autorisé à déduire les conclusions suivantes :

1° La force mécanique peut être légitimement appliquée aux accouchements toutes les fois que, par suite d'efforts exagérés, l'opérateur est exposé à perdre la pleine possession de ses mouvements;

2° A moins de vouloir abuser de cette utile ressource, là doit s'arrêter l'intervention des machines; et, presque toujours, à un certain moment de l'extraction fœtale, il sera indiqué de leur substituer la force manuelle pour compléter l'opération commencée par elles.

Reste maintenant à résoudre le problème de l'application, c'est-à-dire à déterminer les caractères que doit offrir l'appareil à traction, pour répondre le mieux aux exigences de la pratique. Cette étude, si vous me le permettez, fera l'objet d'une nouvelle et prochaine communication.

DISCUSSION.

M. Blot. — Tous les praticiens sont d'accord avec M. Guéniot quand il affirme que le meilleur instrument qu'on puisse employer, c'est la main du chirurgien. D'autre part, il est à remarquer que les

inventeurs de toutes les machines destinées à remplacer la main sont d'ordinaire des hommes peu versés dans les études cliniques, et parfois peu familiarisés avec les notions de mécanique. La première condition d'une bonne application des forces en accouchement, c'est de savoir exactement apprécier les conditions dans lesquelles on se trouve. Il y a dix ans environ, je fus appelé à l'hôpital Lariboisière pour terminer un accouchement dans lequel les internes avaient épuisé leurs forces inutilement. Cherchant, avant tout, à me rendre compte de la nature des obstacles qui s'opposaient à l'extraction de la tête, je reconnus sans peine que ces obstacles ne consistaient, ni dans l'étroitesse du bassin, ni dans le volume exagéré du segment céphalique, mais bien dans le mode de présentation. Il s'agissait, en effet, d'une présentation de la face en position mento postérieure, qu'il importait de modifier, en imprimant à la tête des mouvements analogues à ceux qui, d'ordinaire, ont lieu spontanément. Ces mouvements furent exécutés sans difficulté; le menton dégagé et la tête fléchie sur le ventre de la femme, l'extraction se fit sans effort, au grand étonnement des assistants. Or, il faut qu'on sache que ce qui s'est produit dans cette circonstance a lieu dans les quatre-vingt dix-neuf centièmes des cas où l'on a cru l'usage de la force nécessaire. Les seuls qui justifient cet usage sont ceux de disproportion entre la capacité du bassin et le volume des parties qui doivent le traverser. Mais si l'on considère que la seule force manuelle a suffi pour déterminer un enfoncement des os du crâne, on reconnaîtra que l'emploi des machines puissantes expose à de véritables dangers et l'enfant et la mère. Mieux vaut alors sacrifier résolûment le fœtus, qui, dans les neuf dixièmes des cas, a déjà cessé de vivre, et retirer ce corps étranger avec le moins de dommage possible pour la mère, comme on fait généralement en Angleterre. Les observations présentées dans la dernière séance par notre confrère de la Gironde ne sont pas probantes; on n'y trouve aucun détail sur les circonstances les plus essentielles, et rien ne prouve que l'adresse seule n'eût pas suffi et que les obstacles résidassent ailleurs que dans les parties molles. Même en chirurgie, où les machines sont employées pour régulariser l'application de la force, l'adresse et le raisonnement réussissent souvent là où la force aveugle avait échoué, dans la réduction de certaines luxations, par exemple. Cette proposition est plus vraie encore en accouchement. Je regrette que M. Guéniot se soit livré à des réflexions trop générales sur l'emploi de la force; elles peut avoir des conséquences fâcheuses, en engageant à recourir à la violence quelques médecins peu rompus à la clinique.

M. Guéniot. — Je reconnais que dans la grande majorite des cas, le diagnostic bien établi et le raisonnement permettront de mieux

vaincre les difficultés. Mais il est des circonstances qui nécessitent quand même l'emploi de la force. Alors une machine bien réglée, munie d'un dynamomètre, me paraît plus avantageuse, plus sûre que les tractions manuelles, qui n'agissent souvent que par saccades et soubresauts ; nous ne sommes pas toujours maîtres, en effet, des efforts que nous faisons, et c'est ainsi que peuvent se produire divers accidents.

Quant au danger que trouve M. Blot à déclarer, en face des inventeurs, que les machines sont susceptibles d'une utile application, j'estime au contraire, même en l'absence d'observations pratiques, qu'il est important de connaître les raisons théoriques qui plaident en faveur des tractions mécaniques en accouchement.

M. Blot. — Il faudrait, au contraire, procéder comme les chirurgiens, qui placent toujours des faits en avant de la théorie et ne bâtissent point des romans fondés sur de simples vues de l'esprit. Aucun de nos maîtres en obstétrique n'a inventé de machine, et c'est au début de leur pratique, alors que les connaissances cliniques leur faisaient défaut, que les inventeurs ont donné carrière à leur imagination.

M. Guéniot. — L'usage des moufles est d'une utilité reconnue de tous les chirurgiens, depuis que Malgaigne et Sédillot ont réhabilité ces machines. Il ne faudrait pas, comme le fait M. Blot, condamner *à priori* toutes les tentatives mécaniques en obstétricie et décourager les jeunes expérimentateurs ; car, arrivé à un certain âge, on s'en tient à ce qui est acquis, sans rechercher le progrès.

M. Le Fort. — Je suis absolument partisan des tractions mécaniques en chirurgie, et je crois qu'il y a exagération de la part de M. Blot quand il nie que ces tractions soient admissibles dans aucune circonstance. Lorsque, dans une réduction de luxation, il s'agit de vaincre la force musculaire, chez un individu puissamment musclé, il faut nécessairement lui opposer une force supérieure qu'on empruntera de préférence à une machine ou à la bande de caoutchouc, à laquelle on adjoindra un dynamomètre, pour être certain qu'on ne dépassera pas une limite déterminée. Il est vrai que le chloroforme peut rendre le même service, mais son usage est dangereux dans la réduction des luxations de l'épaule, où il a produit un grand nombre d'accidents. Les forces mécaniques donnent plus de sécurité que celles des aides, dont la traction, en moyenne de 30 kilogrammes, peut monter dans un effort subit à 70 kilogr.

M. Blot. — Les machines, même *ornées* d'un dynamomètre, n'auront jamais la valeur d'un instrument de précision, attendu qu'il faudrait, pour cela, pouvoir déterminer dans quelles limites les tractions doivent être faites. En se servant de ses mains, on s'applique à modérer ses efforts, on apprécie la résistance qui est à

vaincre, on sent si cette résistance va céder ou non; tandis que la machine est aveugle, tout éclairée qu'elle paraisse.

M. Le Fort. — Dans la réduction d'une luxation, on peut, sans inconvénient, faire des tractions de 100 kilogrammes. Le dynamomètre seul peut indiquer si cette force est ou non atteinte.

M. Guéniot. — Il est impossible de fixer le chiffre précis que doit atteindre la force mise en usage; mais il convient de connaître celle que l'on applique. C'est ainsi qu'une traction de 50 kilogrammes pourra se faire sans inconvénients chez une femme, tandis qu'elle déterminera des accidents chez une autre; cela dépend de l'état de la constitution et d'une foule de causes individuelles. D'une manière générale, cependant, des tractions de 40 à 60 kilogrammes n'exposent à aucun danger dans la grande majorité des cas. D'ailleurs, les tractions lentes et soutenues, si utiles en obstétrique, ne peuvent s'obtenir qu'à l'aide des machines, attendu qu'il suffit de quelques minutes pour épuiser les forces de l'accoucheur et de ses aides.

(Séance du 9 juin 1875 *Extrait des Bull. de la Soc. de chir.*).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 7 avril 1875.

Tiré du nº de mai du *The Obstetrical Journal.*

Discussion sur les rapports existant entre la fièvre puerpérale d'une part, et les maladies infectieuses et la pyohémie de l'autre (1).

Traduction du Dr Edouard Martin.

M. T. Spencer Wells introduit le sujet de la façon suivante:

Mon but, dit-il, en engageant la discussion sur les rapports existant entre la fièvre puerpérale d'une part, et les maladies infectieuses et les diverses formes de fièvre traumatique de l'autre, est plutôt d'élucider la question que d'ajouter de nouvelles données à celles que les médecins et les chirurgiens trouvent en si grand nombre dans leur pratique particulière.

Afin de diriger la discussion sur un point déterminé, on a déjà attiré l'attention de la société sur six questions principales. Les trois premières sont si intimement liées les unes aux autres qu'il est bon de les énoncer tout d'abord:

1º Existe-t-il une variété de fièvre continue se communiquant par contagion ou par infection, en rapport avec l'état puerpéral, causée par un poison morbide d'une nature spéciale, et aussi nettement définie dans ses symptômes et ses lésions anatomiques que le typhus, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole ou la petite vérole.

---

(1) Nous reproduisons presque *in extenso*, et d'après l'*Obstetrical Journal*, cette discussion qui a commencé le 7 avril 1875 et qui a occupé la Société pendant plusieurs séances.

2° Toutes les formes de fièvre puerpérale peuvent-elles être attribuées soit à une fièvre infectieuse, telle que la rougeole ou la scarlatine modifiées par l'état puerpéral, soit à quelque variété de fièvre traumatique, ou d'érysipèle en rapport avec les modifications qu subissent l'utérus et ses annexes pendant l'accouchement.

3° En laissant de côté tous les cas où l'on est en présence d'affections contagieuses et infectieuses semblables à celles qui se présentent en dehors de l'état puerpéral, reste-t-il une affection déterminée connue sous le nom de fièvre puerpérale.

. Pour étudier ces questions, il faut tout d'abord chercher une définition exacte du terme (*fièvre puerpérale*), ou quelque brève description qui permette de la distinguer des fièvres infectieuses. La plus exacte m'a paru se trouver dans l'ouvrage intitulé : *Nomenclature of Diseases*, ouvrage élaboré par un comité choisi par le *London College of Physicians*. La voici : La fièvre puerpérale est une fièvre continue qui peut se communiquer par contagion, qui est en relation avec l'état puerpéral, et *souvent* liée à des lésions locales considérables surtout du côté du système utérin. Il en résulte que, pour eux, la fièvre puerpérale est une fièvre continue, *fréquemment* associée, mais pas *constamment* à des lésions importantes que nous avons énumérées. Il peut donc exister, suivant eux, une fièvre puerpérale sans lésion locale. Le poison peut être si énergique, ou à si forte dose, qu'il peut tuer avant que la lésion locale ait eu le temps de se développer. Ou bien la dose peut être si peu considérable, et le poison si faible, qu'il ne produise qu'une élévation momentanée de température, une accélération légère du pouls et de la respiration, un peu d'augmentation de la transpiration de la sécrétion urinaire et des fèces, avant qu'aucune lésion locale ait eu le temps de se produire. Je vous demande si, d'après votre expérience, dans tous les cas dans lesquels la malade n'a été exposée à aucune fièvre infectieuse ou contagieuse telle que la scarlatine, la diphthérie, la rougeole ou la petite vérole, vous n'avez pas eu affaire à une fièvre chirurgicale ou traumatique, telles que l'érysipèle, la pyohémie ou la septicémie ? Les lésions locales, associées à la fièvre, acquièrent dans tous ces cas une importance considérable.

Mais laissons de côté l'érysipèle, si fréquent chez les femmes en couche, présentant chez elles une gravité exceptionnelle, et s'accompagnant d'une fièvre si intense qu'on l'a confondu parfois avec d'autres affections, sous le nom de fièvre puerpérale, et arrivons aux lésions locales en rapport avec la fièvre puerpérale, demandons-nous quelle est la relation existant entre elles.

L'inflammation et la production de matériaux inflammatoires liquides ou solides pouvant contenir des bactéries ou des matières septiques, les exsudats diphthéritiques qui recouvrent la muqueuse

du vagin et de l'utérus, surtout au point d'adhérence du placenta, l'imprégnation des vaisseaux lymphatiques par des masses granuleuses ou des colonies de bactéries, le développement rapide de ces êtres dans l'économie, et les troubles fonctionnels qui en résultent; tout cela survient-il spontanément, dans des conditions de santé parfaite, ou à la suite de quelque décomposition chimique, ou seulement lorsque quelque agent toxique est introduit du dehors et trouve un terrain convenable pour son développement?

Supposons au contraire que l'inflammation ait son siége dans l'utérus, dans ses veines et ses lymphatiques, que la sécrétion lochiale contienne du pus, que l'on trouve du pus ou des corps organisés dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et du tissu cellulaire sous-péritonéal. Supposons que le sang des veines utérines se décompose, se coagule et soit le siége de modifications chimiques et vitales, que ce sang soit retenu dans les vaisseaux du bassin ou porté à distance, et altère la composition et les propriétés de tout le sang de l'économie; en un mot, supposons que nous soyons en présence de la pyohémie, de l'infection putride ou de la septicémie, et demandons-nous si tous ces accidents peuvent se produire chez une femme bien portante placée dans des conditions favorables, si elle n'est exposée à aucun poison morbide? En d'autres termes, la fièvre puerpérale est-elle une simple fièvre traumatique modifiée par l'état puerpéral, ou dépend-elle toujours de l'action d'un poison?

Laissez-moi vous poser la même question sous une autre forme : avez-vous jamais vu un cas de fièvre puerpérale qui ne soit ni un cas de scarlatine, de rougeole, ou quelque autre fièvre éruptive, ni un cas d'érysipèle, ou de fièvre traumatique causée par la déchirure et la contusion des organes, et les modifications qui en résultent dans le sang, les vaisseaux sanguins et les lymphatiques? Si vous avez vu un cas semblable, parlez-nous de cette fièvre, de sa durée, de sa terminaison, et indiquez le poison qui en est la cause. Le temps ne me permet que de poser ces questions ; j'attends les réponses et je passe aux quatrième, cinquième et sixième points qui doivent nous occuper. Les voici :

4° Etant admis que l'on observe fréquemment, après l'accouchement, une forme de fièvre continue qui se communique par inoculation, contagion ou infection, comment peut-on l'empêcher de se répandre dans la pratique privée et hospitalière?

5° Quelles sont les relations qui existent entre les bactéries, les corps organisés de même nature, et la pyohémie survenant pendant l'état puerpéral?

6° Quelle est la valeur des antiseptiques dans le traitement de la fièvre puerpérale?

Pour montrer la liaison intime existant entre ces trois dernières

questions, je dois vous rappeler que ceux mêmes qui admettent qu'un simple traumatisme suffit pour rendre compte de la fièvre, mais ceux qui croient à l'origine locale de la fièvre, en voyant les centaines de cas dans lesquels on observe la lésion sans la fièvre, pour un seul, dans lequel cette dernière se montre, et la prédominance de la fièvre dans certaines saisons, dans certains pays et dans la pratique de certains accoucheurs ; même ceux-là acceptent que c'est seulement dans certaines conditions endémiques ou épidémiques ou à la suite de contagion ou d'infection que ces lésions inévitables pendant l'accouchement, et en général, sans conséquence sérieuse, prennent une si grande gravité.

Les observations de nos collègues de la campagne sont d'une importance considérable dans l'étude de ces questions. En effet, dans un grand hôpital ou dans la pratique privée dans une grande ville, ou dans un district très-populeux, il est impossible de dire si un malade n'a pas été exposé à quelque maladie contagieuse ou infectieuse, c'est au contraire la relation exacte des cas isolés observés à la campagne, de l'origine de l'infection, de ses progrès, de son extension qui peut être d'une grande valeur. Un chirurgien de la campagne soigne un homme atteint d'érysipèle à la suite d'une fracture du bras ; il soigne aussi une femme bien portante, accouchée normalement dans une maison de campagne isolée ; il n'existe pas de fièvre puerpérale dans le district, et cependant la femme meurt de fièvre puerpérale ; et d'autres femmes, accouchées à la même époque par le même chirurgien, sont atteintes de la même affection. Une observation semblable à celle-là, recueillie à la campagne, présente une valeur dix fois plus considérable que si le cas s'était produit dans une grande ville.

Pour lutter contre l'extension de la fièvre puerpérale, il faut encore examiner le rôle que jouent les bactéries et les autres corps organisés comme poisons, ou corps chargés de transporter le poison. A ce sujet, permettez-moi de vous rappeler un mémoire que j'ai lu il y a douze ans environ à Cambridge : *sur les causes de la mortalité excessive survenant après les opérations chirurgicales*. On trouvera ce Mémoire dans le second volume du *Medical Times and Gazette de* 1864. Il y est fait mention des recherches de Pasteur, sur la fermentation, les corpuscules organisés de l'air, sur la génération spontanée et la putréfaction. Afin de montrer l'influence de ces germes, de ces organismes inférieurs sur nos tissus avant et après la mort, et principalement sur le développement des maladies infectieuses et contagieuses, je disais aussi que, d'après les observations d'August Smith, de Chalvet, d'Eiselt et de Reveil, l'on peut retrouver ces germes dans l'air contenu dans les chambres où il y a eu de l'encombrement, et dans les murs des hôpitaux, où ils attendent des conditions favorables à leur développement.

Maintenant que l'influence des germes et des bactéries commence à prendre une place importante dans nos recherches pathologiques, je vous prie de remarquer que déjà alors j'entrevoyais jusqu'où les découvertes de Pasteur devaient nous conduire.

« En continuant de rechercher l'analogie qui existe entre la fièvre « puerpérale et l'infection purulente dans ses diverses formes, et en « appliquant à ces recherches les notions que nous devons à Pasteur, « sur la présence dans l'atmosphère de corps organisés qui croissent, « se développent et se multiplient dans certaines conditions favora- « bles à leur existence, il est facile de comprendre que quelques- « uns de ces germes trouvent leur nourriture la plus appropriée « dans la sécrétion provenant des blessures, ou dans le pus qu'ils « modifient de façon à le convertir en un poison lorsqu'il est absorbé, « ou bien en se développant et en mourant, ils peuvent former une « matière infectante. Davaine a démontré récemment que ces ani- « maux inférieurs peuvent sérieusement infecter le sang d'animaux « d'un ordre supérieur, il a donné le premier exemple probant d'une « affection du sang due à la présence de ces êtres capables de se « multiplier et de se développer dans le torrent circulatoire. Ces « bactéries sont avides d'oxygène, et lorqu'ils existent dans le sang, « ils absorbent la plus grande partie de celui qui est fourni par la « respiration, et empêchent ainsi la combustion des substances qui « doivent être éliminées. »

Je rappelai dans le même mémoire que Lemaire avait trouvé l'achorion dans l'air qui avait passé sur une tête affectée de favus, et que Kennedy et Salisbury avaient produit la rougeole par inoculation de champignons développés sur une paille moisie ou la farine de graine de lin. Je concluais en disant :

1° Que l'injection d'une certaine quantité de pus dans le sang produit la pyohémie ;

2° Que l'injection dans le sang de matériaux putrides produit la septicémie ou l'infection putride, caractérisée par des symptômes de gastro-entérite à forme typhoïde ;

3° Que l'injection dans le sang de matériaux exsudés dans les affections contagieuses produit la même affection contagieuse que celle qui a donné l'exsudat, et que, dans tous ces cas, l'introduction de substances étrangères ou de poisons dans le sang doit être regardée comme l'origine du mal.

En terminant, je dis quelques mots sur le traitement antiseptique de Polli par l'acide sulfurique et les sulfates alcalins et terreux qui arrêtent la fermentation et la putréfaction, et modifient l'action du pus, des matériaux putrides et des virus contagieux.

Deux ans après, en 1866, Lister commença à appliquer son traitement antiseptique dans l'infirmerie de Glascow, se servant d'acide phé-

nique plutôt que d'acide sulfurique, mais toujours dans le but : détruire les germes organisés existant dans l'atmosphère ou dan. liquides ou solides avoisinants, et de protéger les parties lésé. contact et du développement de ces germes. Inutile de vous dir quelle façon il perfectionna peu à peu sa méthode : les résultats a obtenus sont trop connus pour avoir à y insister. Diminution d. fièvre chirurgicale de la pyohémie et de la septicémie : dimin. de la mortalité après les plus graves opérations, conserv. des membres dans les fractures compliquées ; guérison de lar. brûlures, d'ulcères rebelles ; salles d'hôpitaux débarrassée toute mauvaise odeur et de l'introduction de matières septiq. provenant de la salle des morts ou de l'amphithéâtre de dissect. tels sont les résultats obtenus par cette méthode à Glascow, à Ed. bourg, et dans tous les autres hôpitaux anglais et étrangers où c. méthode a été convenablement employée. Mais si la fièvre traum. que, l'infection purulente, peuvent être en bonne partie évitées, p. quoi la fièvre puerpérale ne pourrait-elle pas être bannie de nos m. ternités? Pourquoi ne pourrait-on pas l'empêcher de se prop. lorsqu'elle y a été importée du dehors? Dans ces dernières ann. on s'est beaucoup récrié contre les maternités ; les efforts de no. Société doivent tendre plutôt à diminuer la fièvre puerpérale dans l. intérieur qu'à chercher à les détruire. Ceux qui suivent les progr. l'ovariotomie savent ce que l'on a obtenu en diminuant la grand. des hôpitaux et des salles, en réduisant le nombre des malad. des lits, en prenant le plus grand soin pour empêcher toute influ. contagieuse ou infectieuse, et en maintenant la plus excessive p. preté. A vous, messieurs, de juger si l'observation minutieuse d. lois de l'hygiène, l'examen approfondi de l'origine et de la na. des diverses affections rangées sous le nom de fièvre puerpérale, et examen plus détaillé du système antiseptique, en rapport avec l. connaissances actuelles sur les organismes inférieurs, *sera oui ou n. votre guide dans la pratique journalière.*

Le Dr Leishman (de Glascow) pense que les divergences d'opini. qui ont toujours existé sur ce sujet important sont la principale ca. de confusion. Lui-même en particulier a émis autrefois des opini. qui lui paraissent erronées actuellement ; il est heureux de pouvoir. déclarer devant un grand nombre de ses collègues. Ainsi, dans s. ouvrages, il n'a pas assez insisté sur la pyohémie, source premièr. la fièvre puerpérale ; plus il observe, plus il est convaincu que, d. un grand nombre de cas, les accidents puerpéraux sont dus à l'inf. tion purulente et à la septicémie. Il ne va pas aussi loin cepend. que les auteurs allemands et quelques-uns de ses compatriotes. pensent qu'en admettant la pyohémie, la septicémie, l'icorrhémie quelque chose de semblable comme cause de la fièvre puerpérale, on

résolu toutes les difficultés. Il ne croit pas pour sa part que ces affections rendent compte de tous les cas que l'on observe dans la pratique. Dans bon nombre de cas, une personne dans l'état de puerpéralité peut être atteinte d'une affection spécifique, de la scarlatine, par exemple : rien n'est autant à redouter; il lui semble cependant très-difficile de différencier ces cas de ceux où la maladie provient d'un poison spécifique. Dans une autre classe de cas, les symptômes principaux sont ceux de l'inflammation locale, métrite ou péritonite locale ou généralisée, et cependant il lui semble difficile de séparer ces cas, du moins quant à leurs résultats finaux, de ceux dans lesquels la fièvre dépend de la pyohémie et de la septicémie.Telles sont pour lui les principales difficultés qui se présentent à l'esprit. — Il en existe d'autres cependant : on a prétendu souvent que la fièvre puerpérale provenait de la décomposition de matières animales en putréfaction, quel que soit le foyer d'où proviennent ces matières; on a prétendu, par exemple, que les étudiants apportaient l'infection de la table de dissection. Sans nier le fait, l'auteur pense qu'il n'est pas aussi fréquent qu'on veut bien le prétendre.

La pyohémie est dans un hôpital de chirurgie un terrible fléau; elle peut être apportée par le chirurgien, les assistants, les infirmiers et même, comme Lister l'a démontré, par l'air ambiant, et cependant la pyohémie n'est pas, dans un hôpital de chirurgie, un fléau si redoutable que la fièvre puerpérale dans un hôpital de femmes en couches. Cette affection se communique, se répand avec une rapidité, une fatalité effrayantes. Il ne croit pas exagérer en disant que, dans certaines villes du continent, une femme qui va accoucher dans un hôpital, et qui y reste pendant la période puerpérale, court autant de chances de succomber qu'une malade qui y entre avec une fièvre typhoïde.

Quelle que soit donc l'opinion qu'on se fasse sur l'identité de la pyhoémie et de la fièvre puerpérale, il lui semble qu'il existe dans l'état puerpéral une condition spéciale qui rend la femme sensible à certaines impressions que nous ne connaissons encore que fort imparfaitement.

Le Dr Newman (Stamford) dit qu'après vingt ans de pratique particulière, et dans un hôpital de la campagne, il est arrivé à certaines conclusions qu'il va communiquer à la Société. Reprenant les propositions formulées par M. Spencer Wells, il déclare d'abord hautement que pour lui il n'existe rien qui réponde à ce qu'on appelle la fièvre puerpérale. Il déclare en second lieu que, dans un grand nombre de cas qu'il a observés, il existait un lien évident entre la fièvre puerpérale et la transmission possible à la malade d'un poison infectieux bien défini, la scarlatine, par exemple. Il y a quelques années, il a soigné une malade atteinte de fièvre puerpérale très-grave : elle meurt au bout de deux jours. En recherchant avec soin les antécédents, on

découvre que, quelques jours avant son accouchement, elle a été rendre visite à une voisine, dans la maison de laquelle se trouvait un enfant atteint de fièvre scarlatine; il pourrait rappeler plusieurs cas semblables, dont il a les notes, dans lesquels la contagion a été directe ou indirecte. Dans une autre série de cas, il pense qu'une inflammation locale a suffi pour produire la pyohémie comme après une opération chirurgicale. Il y a quelque temps, il a vu une femme, enceinte de quatre mois, souffrant de métrorrhagies abondantes. L'état général de cette malade était si mauvais, qu'il fallait absolument provoquer l'avortement, ce qui fut fait en dilatant le col et en extrayant avec la main le fœtus et le placenta. Cette opération fut suivie, au bout de trois jours, de frissons, puis de symptômes bien caractéristiques d'infection purulente, abcès dans l'articulation de l'épaule, au niveau de la poitrine, et dans divers autres points du corps. Il cite ce cas comme un type d'une autre catégorie de cas dans lesquels le processus morbide a succédé à une lésion locale produite, soit au moment de la dilatation brusque du col, soit au moment de l'extraction du fœtus.

Il ajoute que, fréquemment aussi, malgré les soins hygiéniques les mieux entendus, un air impur peut pénétrer dans les maisons, et, qui, joint à la grande susceptibilité de la femme en couches pour absorber les matériaux septiques, quels qu'ils soient, rend compte de certains cas d'accidents puerpéraux. De plus, dès le début de la grossesse, les systèmes nerveux, circulatoire, et l'état mental de la femme sont modifiés, ce qui explique encore sa facilité à absorber les poisons et la gravité des maladies infectieuses dont elle est atteinte.— Les conditions morales dans lesquelles se trouvent les femmes en couches (dans les grossesses illégitimes, par exemple) ne doivent pas être négligées non plus comme causes prédisposant l'organisme à recevoir les poisons septiques, d'où qu'ils viennent.

(*A suivre*).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

THÈSES DU DERNIER CONCOURS D'AGRÉGATION

AYANT TRAIT A LA GYNÉCOLOGIE ET A L'OBSTÉTRIQUE.

Le président du jury a commis un oubli regrettable dans son rapport sur le concours des Facultés de médecine (section de chirurgie et d'accouchements), qui a paru au *Journal officiel* le 7 septembre 1875. Le public médical a été fort surpris de voir l'honorable rap-

porteur passer complètement sous silence le résultat des épreuves pour la partie obstétricale et ne faire aucune mention des candidats à la place d'agrégé en accouchement.

Plusieurs organes de la presse médicale — notamment le *Progrès médical* (1), — se sont émus de ce fait, et suivant nous, à juste raison.

Il serait temps, en effet, que l'obstétrique et la gynécologie prissent un rang plus marqué tant à la Faculté que dans les hôpitaux de Paris.

A la Faculté, le concours d'agrégation d'accouchements est loin d'avoir l'importance qu'il mérite, et l'oubli de M. le professeur Richet auquel nous venons de faire allusion, en est une preuve suffisante. On sait que les candidats aux places de chirurgie et d'accouchements font leurs épreuves devant un jury unique, composé en majorité de chirurgiens.

Ce fait seul suffit pour reléguer, en quelque sorte, au deuxième plan le concours d'accouchements. Aussi qu'arrive-t-il dans la pratique? On obtient le titre d'agrégé non par la valeur même des épreuves, mais par rang d'ancienneté. Le plus ancien chef de clinique d'accouchements est généralement désigné d'avance, et les autres concurrents ne se présentent devant les juges que pour prendre rang, en quelque sorte, en vue des concours prochains. Les choses se passent ainsi en famille, et les chirurgiens affectent souvent de ne pas se mêler des affaires de leurs confrères les accoucheurs qui. somme toute, ne sont à leurs yeux que des *spécialistes !*

Dans les hôpitaux, les accouchements sont également relégués au dernier plan. Les salles destinées aux femmes en couche forment, même dans nos hôpitaux les plus importants, une simple annexe des services de médecine. Les accouchements ordinaires y sont d'habitude pratiqués par de simples infirmières !

Rarement les médecins attachés à ces services y instituent une école d'accouchements en vue de l'éducation des futurs praticiens.

Et certes, il ne faut point leur en faire un reproche, car le plus souvent ils ne sont accoucheurs ni par goût, ni par tempérament.

L'accès de la maternité, de l'hôpital Cochin est interdit aux élèves en médecine ; la maternité est réservée à l'éducation des sages-femmes, et l'interne de cet établissement ne peut, d'après les règlements, assister aux accouchements que dans certains cas déterminés, relativement assez rares.

Et cependant les sciences obstétricales prennent chez nous, depuis un certain nombre d'années, un développement de plus en plus considérable. Ce qui caractérise l'École gynécologique française, c'est la prudence et le bon sens dont elle fait preuve ainsi que son res-

(1) V. *Progrès méd.*, 18 sept. 1875.

pect de la tradition et sa défiance pour les innovations dangereuses.

Ces qualités se révèlent de la façon la plus remarquable dans les thèses présentées au dernier concours d'agrégation. Quelques-unes d'entre elles roulaient précisément sur des questions à l'ordre du jour fortement discutées, telles que la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, l'étude des cas dans lesquels il est indiqué de provoquer l'avortement, etc.

Sur ce terrain brûlant, les concurrents à l'agrégation ont dû conserver tout leur calme : ils ont exposé clairement les opinions souvent contradictoires, émises par les auteurs français ou étrangers; ils ont produit des faits ou des statistiques nombreux, et finalement ils sont arrivés à des conclusions que l'on sent être vraies parce qu'elles sont appuyées sur un raisonnement solide et qu'elles ont été conçues sans parti pris.

Nous pouvons déclarer hautement que les thèses de MM. Chantreuil, Pinard, Pozzi et de Soyre sont des travaux très-sérieux qui méritent que nous leur accordions ici un compte-rendu détaillé.

Peut-être arriverons-nous ainsi à convaincre le lecteur que notre jeune génération d'accoucheurs n'eût été nullement indigne de figurer avec éloge dans le rapport officiel du président du jury.

I. **Des dispositions du cordon (la procidence exceptée) qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement**, par G. Chantreuil, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté, ancien interne lauréat des hôpitaux et de la Maternité de Paris, etc.

Le sujet échu à M. Chantreuil est fort aride ; il a en outre le grave inconvénient de ne pas présenter un grand intérêt au point de vue de la pratique obstétricale proprement dite. Le plus souvent, en effet, il est impossible de diagnostiquer avant l'accouchement les dispositions du cordon (la procidence exceptée), qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et du travail; rarement, et pour le même motif, l'accoucheur pourra-t-il porter remède à ces dispositions défectueuses.

Seuls, les chapitres ayant trait aux circulaires et à la brièveté du cordon ombilical font exception à ce que nous venons de dire et présentent un intérêt pratique réel ; l'auteur leur a donné un grand développement. Les circulaires sont un accident fréquent ; M. Chantreuil a relevé les cas observés à la clinique d'accouchement de la Faculté, du 1er janvier 1865 au 31 décembre 1874, c'est-à-dire pendant une période de dix années. Sur 6,075 accouchements, il en a noté 967 avec circulaires, la proportion est donc environ 1 sur 6. Ce chiffre concorde à peu de choses près avec les statistiques produites depuis quelques années par divers auteurs allemands et notamment Haase et Grenier (de Dresde), qui ont admis une proportion de 1 sur 6.2.

A propos des circulaires du cou, l'auteur rapporte une remarquable observation de Mme Valdvoyel, parue en 1872-73 dans la *Gazette obstétricale*.

Il s'agit d'une présentation de l'épaule gauche avec brièveté du cordon ombilical. Il fut démontré que cette brièveté n'était qu'accidentellement produite par huit circulaires autour du cou; le cordon mesurait 1 m. 27. Cet exemple est fort rare, et plus curieux encore que le cas devenu classique de Baudelocque, où le cordon ombilical faisait sept fois le tour du cou du fœtus.

Parmi les cas de circulaires compliqués et entourant à la fois les membres, le cou et le tronc, nous mentionnerons l'exemple inédit communiqué par M. Trélat.

Il s'agit d'un avorton de 3 ou 4 mois; le cordon très-grêle, en partant de l'ombilic, forme une anse qui maintient la jambe droite fléchie sur la cuisse, qui est appliquée contre la partie supérieure de l'abdomen et la base du thorax. Le cordon passe donc au-dessus du cou-de-pied, puis se rend sur la partie latérale droite du cou qu'il entoure deux ou trois fois, en y laissant un sillon profond. De là, il se rend à la partie supérieure droite du tronc, où il décrit trois ou quatre circulaires en maintenant fixé contre le plan latéral droit le membre supérieur de ce côté, sur le poignet duquel il passe, l'avant-bras étant fléchi sur le bras. Du côté gauche, le bras est étendu et le cordon passe sous l'aisselle. Les circulaires du tronc laissent une empreinte très-profonde sur les parties molles avec lesquelles ils se trouvent en rapport.

Quelles peuvent être les causes d'un enroulement si singulier? Répondre à cette question est à peu près impossible dans l'état actuel de la science.

Du reste, la pathogénie des circulaires du cordon ombilical est encore entourée d'une grande obscurité : le nombre des théories émises à ce sujet suffit, en quelque sorte, pour prouver que la question est loin d'être résolue.

L'auteur résume les diverses hypothèses des auteurs, et semble témoigner une certaine prédilection pour la doctrine de Scanzoni; on sait que, d'après ce savant, les entortillements du cordon naîtraient par des mouvements actifs des extrémités du fœtus, par des mouvements de rotation autour de son axe, ou, ce qui est sans doute plus souvent le cas, par l'entrée du fœtus dans un enlacement du cordon, préalablement formé en anse.

M. Chantreuil admet, d'après des statistiques nombreuses que les circulaires sont, relativement à leur fréquence, peu dangereuses pour l'enfant. Les dangers varient avec la présentation du fœtus, le siége, le nombre et le degré de constriction des circulaires. Nous ne nous arrêterons point sur les considérations dans lesquelles l'auteur entre

sur cette question devenue classique; disons seulement que l'étendue des lésions fœtales et notamment des amputations spontanées, causées par une constriction exagérée du cordon, a été faite avec beaucoup de soin, et que la littérature étrangère, très-riche en faits nouveaux sur ce sujet, a été largement mise à contribution par l'auteur.

Quant au traitement des circulaires, voici les principaux points de la pratique à laquelle se rattache M. Chantreuil, à l'exemple de la grande majorité de nos accoucheurs :

1° Sauf exception, aucune intervention pendant la grossesse.

2° Pendant l'accouchement, attendre le dégagement de la partie fœtale qui se présente. Porter aussitôt la main au cou, afin de voir s'il existe des circulaires.

3° Dégager les circulaires, soit vers la tête, soit vers les épaules. Si le dégagement est impossible, sectionner le cordon et terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

Dans la partie de sa thèse, consacrée à la *brièveté* du cordon ombilical, l'auteur a visé surtout à présenter une histoire clinique complète de cette malformation, que celle-ci soit absolue ou qu'elle soit accidentellement causée par des circulaires, ou même par la procidence du cordon devant la tête.

En établissant la distance moyenne entre l'ombilic et le fond de l'utérus, MM. Devilliers et Tarnier ont calculé que le cordon devait, dans les présentations du sommet, avoir une longueur minimum de 15 centimètres, et dans la présentation du siége, une longueur d'environ 20 centimètres, en supposant le placenta inséré au fond de la matrice.

M. Chantreuil repousse les mensurations de Churchill, qui déclarait nécessaire une longueur de 33 centimètres pour la présentation céphalique, et un peu plus pour la présentation pelvienne.

Les effets les plus importants de la brièveté du cordon, au moment de l'accouchement, sont : la lenteur du travail, la fixité de la douleur en un certain point de l'utérus, les mouvements alternatifs de descente et d'ascension qu'exécute le fœtus, poussé vers l'orifice par chaque douleur, et ramené vers le fond de l'utérus, dès que la douleur cesse, etc...

Parmi les complications produites par la brièveté du cordon, il faut citer : l'arrachement prématuré du placenta, et l'inversion utérine, l'asphyxie de l'enfant, etc.

Dans le traitement de la brièveté, l'auteur se déclare partisan de la temporisation, et préfère n'agir qu'au moment de l'accouchement, où il y a réellement danger pour la mère et pour l'enfant.

Cette règle est d'autant plus sage, que, d'une part, le diagnostic de la brièveté est souvent impossible et que, d'autre part, on a vu l'accouchement se terminer naturellement dans des cas où la brié-

vcté était considérable. Cette temporisation a évidemment des limites et, suivant les cas, il faudra, pour terminer l'accouchement, avoir recours à la version, au forceps ou à d'autres pratiques ayant pour but, soit de détacher le placenta, soit de sectionner et de lier le cordon. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'appréciation qu'il a faite de ces divers procédés, mais nous croyons intéressant de reproduire, à titre de curiosité historique, la méthode préconisée par Pen.

« ...Il faudra chercher les pieds de l'enfant, les amener en bas, les lier ensemble ou séparément, les remettre dans la matrice et faire tenir à quelqu'un la ligature par un bout. Ensuite tâcher d'attirer le cordon et d'y faire deux ligatures à l'endroit le plus commode, laissant deux travers de doigt de distance entre elles pour l'y couper entièrement et tirer l'enfant au plus tôt. Si les doigts ne suffisent pas pour prendre le cordon et y passer les liens destinés à ces ligatures, on se servira, pour les y porter avec plus d'adresse et de facilité, d'un petit crochet mousse, fenêtré par le bout comme une aiguille, lequel aura 8 pouces de long ou environ, non compris le manche. Cette opération faite avec art, empêchant de part et d'autre la perte de sang inévitable sans cela, sauve la vie de la mère et de l'enfant. »

Nous pouvons admirer l'enthousiasme de Pen pour son procédé, mais... sans le partager.

Les nœuds, la torsion, les anomalies d'insertion, les variations d'épaisseur, les lésions ou anomalies vasculaires et les tumeurs du cordon, forment la seconde moitié de la thèse de M. Chantreuil; mais, outre que cette partie purement descriptive échappe à l'analyse, elle ne présente pas, ainsi que nous l'avons dit plus haut, un intérêt pratique suffisant pour que nous nous y arrêtions plus longuement.

II. **Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule, et des moyens qui peuvent remplacer cette opération**, par le Dr Pinard, chef de clinique d'accouchement, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, etc...

Dans une revue générale sur les rétrécissements du bassin, publiée en 1874 dans ce même journal, nous avons eu l'occasion de parler longuement d'un remarquable mémoire de M. Pinard sur les vices de conformation du bassin, étudiés par un procédé nouveau de pelvimétrie et de pelvigraphie. Nous avons fait ressortir alors les qualités sérieuses dont l'auteur avait fait preuve dans ce travail, qui constitue un véritable progrès en obstétrique; aujourd'hui nous sommes heureux de retrouver ces mêmes qualités dans la thèse qu'il vient de soutenir sur les contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule, et des moyens qui peuvent remplacer cette opération.

L'importance du sujet n'échappera à personne; s'il est urgent de pratiquer la version dans la plupart des présentations de l'épaule, n'est-il pas capital de connaître à fond la pratique à suivre dans les cas, véritablement désespérants, où la ressource de la version n'existe plus et où il est indiqué, au contraire, d'avoir recours à d'autres opérations?

M. Pinard présente avec une grande clarté le tableau des contre-indications de la version dans les présentations de l'épaule; elles peuvent être ramenées aux quatre catégories suivantes :

A. *La non-dilatation de l'orifice*, soit temporaire (et alors la contre-indication n'est le plus souvent que temporaire), soit définitive et causée par un cancer ou une tumeur fibreuse de l'utérus.

B. *L'engagement trop prononcé de la partie fœtale* (contre-indication absolue).

C. *La rétraction tétanique de l'utérus* (contre-indication également absolue).

D. *Les rétrécissements extrêmes du bassin.*

Dans les bassins qui mesurent moins de 7 centimètres, la version est contre-indiquée, *si l'enfant est vivant*; il faudra, au contraire, la pratiquer toutes les fois que l'introduction de la main sera possible, *si l'enfant est mort*. Au-dessous de 5 centimètres, la version devient impossible.

Après avoir ainsi établi les contre-indications de la version, l'auteur recherche quels sont les moyens qui peuvent la remplacer, et que l'on a conseillés dans chacune des quatre catégories de contre-indications que nous venons d'énumérer.

A. Lorsque la *non-dilatation du col* est due à un état pathologique (cancer ou fibrôme), une double voie s'ouvre devant l'opérateur : débrider les voies et pratiquer ensuite la version, ou bien recourir à l'opération césarienne si l'on juge l'extraction impossible par les voies naturelles. L'accoucheur s'engagera dans l'une ou l'autre de ces voies, suivant les circonstances, et il est bien difficile de lui tracer à l'avance une ligne de conduite.

Disons cependant qu'en cas de cancer bien constaté il faut avoir surtout en vue la vie de l'enfant et pencher pour l'opération césarienne.

B. *Quand la partie fœtale est trop engagée* pour que la version soit possible, deux cas peuvent se présenter :

a). *L'enfant est vivant.* Alors on peut hésiter à recourir à l'embryotomie, et, si l'état de la mère le permet, chercher à favoriser l'évolution spontanée du fœtus. Cependant, l'auteur semble n'accorder qu'une confiance médiocre à la réussite de cette dernière pratique, bien qu'elle ait compté quelques succès entre les mains de P... et P. Dubois.

b). *L'enfant est mort*. Il faut immédiatement faire l'embryotomie.

C. Dans les cas où le liquide ammotique étant écoulé l'*utérus est rétracté*, soit par suite d'un travail prolongé, soit par suite d'ingestion intempestives de médicaments oxytociques, il ne reste plus qu'un parti à prendre : pratiquer l'embryotomie.

Il ne faut pas oublier que, pour que cette opération soit praticable, la région fœtale doit être suffisamment engagée pour être accessible aux instruments.

D. Enfin, dans les *rétrécissements extrêmes du bassin*, l'auteur se rattache complètement à la manière de voir de M. Pajot, si magistralement exposée dans son mémoire sur la présentation de l'épaule dans les rétrécissements extrêmes du bassin, etc. (1), et dont voici les principales conclusions :

« 1° Si l'enfant est à terme et vit, s'il se présente par le tronc, dans un rétrécissement de 6 à 7 centimètres, la version par manœuvres externes ayant été tentée avec prudence dans le but de faciliter ensuite l'application des instruments, et étant reconnue impossible, l'opération césarienne est proposable.

« 2° Le fœtus n'étant pas à terme, la version reconnue impossible, l'amputation du bras favorisera certainement le mouvement d'évolution du fœtus. Cette opération n'est pas difficile, et l'extraction de deux parties fœtales ne présentera alors que des difficultés surmontables, si le fœtus n'a pas dépassé de beaucoup le septième mois.

« 3° Enfin si l'enfant est mort, même à terme, quelques difficultés, quelques dangers présentés par la série d'opérations successives nécessaires pour accoucher la femme par les voies naturelles, l'opération césarienne sera absolument repoussée. Après avoir appliqué mon procédé d'embryotomie, on s'efforcera de broyer successivement les diverses parties fœtales qui s'offriront au détroit supérieur par la céphalotripsie répétée... »

Il est facile de comprendre quel rôle important doit jouer l'embryotomie dans tous ces cas néfastes d'accouchements où la version est contre-indiquée malgré la présentation de l'épaule. Aussi l'auteur a-t-il consacré à cette opération la partie la plus considérable, et, nous pouvons le dire, la plus originale de sa thèse.

Les procédés d'embryotomie étant fort nombreux, M. Pinard s'est efforcé d'en faire une classification ayant pour base une donnée scientifique certaine. En analysant les divers procédés, il a remarqué que leurs auteurs avaient, les uns, imité le *mécanisme naturel* de l'accouchement (version ou évolution spontanée); les autres, au contraire, extrait *successivement* des parties qui ne pouvaient passer *simultanément* par le canal pelvien. Se fondant sur ces considéra-

---

(1) *Arch. gén. d méd.*, 1865.

tions, il distingue trois grandes méthodes d'embryotomie auxquelles doivent être rattachés chacun des procédés connus jusqu'à ce jour, savoir :

1° L'éviscération ou exentération précédée ou non de la brachiotomie, ayant pour but et pour résultat définitif la *version forcée* (procédé de Robert Lee).

2° L'éviscération ou exentération, quelquefois la spondylotomie, ayant pour but et résultat définitif, l'*évolution forcée* (procédé de G. Vait, de Michaelis, d'Affleck et d'Angus Macdonald, de Hubert Boens).

3° La section de la colonne vertébrale au niveau du tronc ou du cou, ayant pour but l'extraction successive des deux parties du fœtus: rachiotomie (procédés de Pajot, Crochet d'Hyernaux, la dérotomie, à l'aide de l'embryotome à lame cachée, à l'aide du forceps-scie de Von Huevel et des ciseaux, crochet clavi-forme de R. Braun, etc.).

Cette classification est trop légitime et repose sur une base trop naturelle pour qu'elle ne soit destinée à devenir classique ; désormais la thèse de M. Pinard sera inévitablement citée quand on fera l'histoire de l'embryotomie. Dr L. E. Dupuy.

(*A suivre.*)

Manuel de diagnostic médical, par le Dr Fenwick, médecin de London Hospital (1)

Nous venons de parcourir ce volume qui n'a que 400 pages et nous y avons trouvé des indications très-succinctes, mais très-nettes sur l'anatomie pathologique et le diagnostic.

Nous ne fournirons pas une analyse complète de ce volume, nous nous contenterons de passer en revue sa partie gynécologique.

L'édition anglaise ne comprenait pas le diagnostic des maladies utérines, les traducteurs ont jugé à propos de combler cette lacune en ajoutant un certain nombre de pages où ils ont exposé l'anatomie pathologique et la symptomatologie des affections utérines.

Les traducteurs ont étudié successivement les maladies utérines aiguës et chroniques.

Parmi les maladies aiguës, ils traitent de la *congestion*, de la *métrite aiguë*, du *catarrhe aigu du vagin ou de l'utérus* et de la *ménorrhagie*; parmi les maladies chroniques, ils passent en revue la *métrite chronique*, les *néoplasmes de l'utérus*, le *catarrhe chronique du vagin* et de l'*utérus*, la *dysménorrhée* et l'*aménorrhée*.

Le diagnostic de ces diverses maladies nous semble trop écourté et

---

(1) Traduit de l'anglais, par MM. Ossian G. Edwards, Edgard Lacroix et Jules Germain; H. Lauwereyns, éditeur. Paris 1875.

nous croyons que les auteurs de cette partie du livre auraient dû consacrer quelques pages de plus au diagnostic si important des maladies utérines.

Nous demanderons aux auteurs pourquoi ils ont tenu à conserver le nom de catarrhe aigu et chronique de l'utérus, expression maintenant vieillie, au lieu d'employer les termes : métrite muqueuse aiguë et chronique que tout le monde connaît aujourd'hui?

Le diagnostic de la métrite chronique ne nous semble pas fait d'une façon assez complète. La métrite chronique présente trois périodes, qui toutes trois offrent à considérer des symptômes différents. Il eût été bon, ce nous semble, de faire isolément le diagnostic de chacune de ces trois périodes. Cette distinction importe d'autant plus au praticien, que chacune d'elle réclame des moyens thérapeutiques très-différents.

Nous nous bornerons à ces quelques critiques générales concernant la partie gynécologique du livre, la seule que nous ayons eu en vue dans cette courte analyse.

Disons cependant, en terminant, que ce manuel contient des indications diagnostiques très-bien résumées et nous semble devoir être d'une utilité incontestable pour le praticien, aussi bien que pour l'étudiant. A. L.

Sur la fréquence relative des diverses positions du sommet, par Joseph Griffiths Swayne, médecin-accoucheur consultant de l'hôpital général de Bristol.—En 1852, le même auteur lut un mémoire sur les variétés de la présentation du sommet à l'une des réunions du *British Medical Association*. Ce mémoire, résultat d'observations recueillies pendant ses premières années de pratique fut publié en février 1852 (1). Les Drs Churchill, Tyler Smith et Leishman en firent plus tard mention dans leurs ouvrages. Les conclusions tirées de cet ouvrage diffèrent quelque peu de celles généralement admises, l'auteur a pris note depuis lors de tous les cas de présentation du sommet qu'il a observés dans sa pratique ; il a réuni ainsi plus de 1000 cas et a comparé les résultats obtenus avec ceux qu'il avait publiés en 1852. Les premières recherches portent sur 286 présentations du sommet, sur ce nombre il a trouvé :

247 premières positions		o. i. g. a.
28 deuxièmes	—	o. i. d. a.
3 troisièmes	—	o. i. d. p.
8 quatrièmes	—	o. i. g. p.

Ou en d'autres termes :

(1) *Journal of the Association*, 18 février 1852.

86.36 pour 0/0 de la première position.
9.79 — deuxème —
1.04 — troisième —
2.8 — quatrième —

Ces proportions différaient notablement de celles de Naegel
croyait la troisième position la plus fréquente après la premièr
deuxième, la moins fréquente des quatre. Il est vrai que déjà Ba
delocque et la plupart des accoucheurs français n'étaient pas de
avis. Naegelé expliquait cette divergence en supposant que dans
que tous les cas où l'on croyait avoir affaire à une deuxième pos
il s'agissait de troisièmes positions modifiées par le travail et tra
formées en secondes positions. Cette explication a été comb
depuis lors par Uvedale, West et le Dr Leishmann. Celui-ci fit re
quer que les données du Dr Swayne avaient été confirmées par c
du Dr Miller, professeur d'accouchement à l'Université de Lou
qui avait trouvé aussi plus de quatrièmes que de troisièmes posi
et plus de secondes positions que de quatrièmes.

Voyons maintenant jusqu'à quel point les dernières statistiques d
Dr Swayne coïncident avec celles qu'il a publiées en 1852.

Sur 1000 cas il a trouvé:

792 premières positions.
152 deuxièmes —
19 troisièmes —
27 quatrièmes —

Ou en d'autres termes : 79.2 pour 0/0 pour la première pos
ce chiffre se rapprochant d'avantage que celui de 86.36, des do
fournies par les autres observateurs.

Pour la seconde position on voit que, comme dans la prem
statistique elle est la seconde aussi sous le rapport de la fréqu
la proportion est même plus élevée : elle est de 15.2 pour 0/0 au
de 9.79 pour 0/0. La proportion des troisièmes positions est de 1
pour 0/0, la même que dans la précédente statistique et
élevée que celle qui a été donnée par les autres auteurs. La
portion des quatrièmes positions est plus élevée que dans la p
dente statistique elle est de 3.7 au lieu de 2.8 pour 0/0, mais d
deux cas la quatrième position reste plus fréquente que la trois

L'auteur, s'appuyant sur ces données pense que la seconde p
est celle qui ressemble le plus à la première, et celle qui lui su
par ordre de fréquence, opinion en contradiction avec ce
Naegelé.

Pour tirer quelques conclusions satisfaisantes sur la fréqu
relative de la troisième et la quatrième position, l'auteur croit
est nécessaire de s'appuyer sur un plus grand nombre de cas
positions occipito-iliaques postérieures sont si rares que les sta

ques fondées sur un petit nombre de cas peuvent facilement induire en erreur.

Ces deux statistiques cependant semblent confirmer le fait que la quatrième position est plus fréquente que la troisième. Sur les 19 cas dans lesquels il a obtenu la troisième position, 8 fois la position est restée non altérée ; sur ces 8 fois il a été nécessaire, 2 fois de terminer l'accouchement avec le forceps; 5 fois la troisième position s'est changée spontanément en seconde position ; 6 fois sur 19, la troisième position s'est transformée en seconde par des manipulations, 3 fois avec la main, 2 fois avec le forceps et une fois l'on fut obligé de pratiquer la craniotomie. Sur 37 cas de quatrième position, 18 fois la position est restée la même pendant tout le travail, de sorte que l'enfant est né avec la face regardant le pubis et l'épaule droite en avant. Dans 3 cas on s'est servi du forceps, deux fois l'on fut obligé de pratiquer la craniotomie, 4 fois la position se modifia spontanément, la tête ayant passé de la quatrième à la première position. 15 fois le changement eut lieu avec le secours de l'art, 12 fois avec la main, 3 fois avec le forceps.

L'auteur persiste donc dans ces conclusions relativement à la fréquence de la quatrième position. Il en conclut aussi qu'en laissant de côté les cas dans lesquels la position a été modifiée par des manipulations, il est plus fréquent de voir les positions occipito-postérieures persister pendant tout le travail que de les voir se transformer spontanément en occipito-antérieures. (*The Obstetrical Journal*, septembre 1874.)

Dr Edouard MARTIN.

VARIÉTÉS.

De l'obstétrique et de la position qui lui est faite dans les études médicales en Angleterre. — Nous lisons dans *The Obstetrical Journal* du mois d'août de cette année un discours prononcé par Robert Barnes à la réunion annuelle du *British Medical Association*, dont nous allons reproduire les principaux passages.

La position qu'occupe actuellement la science obstétricale en Angleterre comparée à celle que l'on a faite à la chirurgie et à la médecine est véritablement scandaleuse, au dire de l'orateur. Il réclame pour les accoucheurs au moins de la justice, et, dans l'intérêt du public, une position égale à celle des autres médecins dans les hôpitaux, dans la direction des écoles et dans les collèges. Il se demande pourquoi les accoucheurs ne sont représentés ni dans le *General Medical Council*, ni dans le *Sénat de l'Université de Londres*, ni dans le

College of Surgeons. Il fait remarquer ensuite que les onze hôpita
auxquels sont attachées des écoles n'ont qu'un seul accouch
chacun, celui-ci, n'ayant pas même dans tous un assistant. La méd
et la chirurgie peuvent disposer de 4,118 lits, tandis que les gyné
gues et les accoucheurs n'ont en tout que 141 lits à leur dispo
Cette proportion ne lui semble nullement en rapport avec l'importa
de cette branche de la médecine, les besoins du public, et l'instruct
clinique des jeunes médecins.

Les accoucheurs chargés de l'enseignement sont aussi placés d
des conditions inférieures aux médecins et aux chirurgiens, ils
sont pas élus de la même façon et ne partagent pas les bénéfices.

Il résulte de ce système que la plupart des médecins munis de
diplôme qui ont reçu légalement le droit de pratiquer, sont peu
parés à se tirer d'affaire dans les cas difficiles qu'ils rencontrent d
leur pratique obstétricale. Beaucoup de jeunes docteurs parmi les p
capables, regrettent d'avoir acquis pendant leurs études une ex
rience aussi peu considérable sur ces sujets. C'est un fait bien co
que les étudiants ont l'habitude de travailler surtout les s
sur lesquels ils seront examinés ; sauf pour la licence au R
College of Physicians et pour entrer à l'Université. L'obstétrique et
gynécologie sont laissées entièrement de côté. C'est à peine si
demande pour ces deux branches un certificat d'étude pratique.

Le plus grand nombre d'accusations portées contre les médec
roule sur des cas d'obstétrique ; bien souvent la faute résulte
l'ignorance ou du manque d'expérience pratique. Malheureusem
la loi est trop souvent portée à déclarer que l'ignorance est un cri
et ainsi on envoie un honnête homme en prison parce qu'il ne p
sède pas les connaissances que les corps gouvernants ne lui donn
pas la facilité d'acquérir.

M. Barnes déclare ensuite que ce n'est pas faute d'avertissem
que le Conseil Médical et les corps gouvernants ont si longt
maintenu cet état de choses déplorable. En juillet 1868, un co
du *General Medical Council*, dont le regretté Dr Syme était rappor-
teur, posa aux professeurs des diverses écoles des hôpitaux quelq
questions sur la meilleure manière de distribuer les études médica
Les professeurs d'accouchement se réunirent pour discuter les qu
tions et furent unanimes à déclarer que : vu les progrès faits d
ces dernières années dans la pratique des accouchements et la gy
cologie, et vu l'utilité incontestable pour le public d'avoir de jeun
médecins possédant des connaissances théoriques et cliniques sur
sujet, les moyens d'études et le temps consacré à ces études le
semblaient insuffisant. Le comité dont faisait partie M. Syme recon
la nécessité de ces réformes mais rien encore n'a été fait.

En terminant, M. Barnes pense que les cours de médecine légale,

de médecine et de chirurgie théoriques, sur des sujets que la pratique seule et la clinique enseignent, occupent une trop grande part dans les études, tandis que le temps est si limité pour les cours d'obstétrique, que les professeurs sont obligés de passer sous silence des sujets de la plus haute *importance et d'écourter les démonstrations pratiques.*

Nous pensons que la plupart des remarques faites par M. Barnes peuvent aussi s'appliquer aux études médicales à Paris et que, surtout au point de vue pratique, il serait possible de profiter davantage des ressources considérables que fournissent les hôpitaux.

Dr Edouard Martin.

Dentition intra-utérine. — Nous lisons dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* que le Dr James S. Myers a observé un enfant qui avait neuf dents en venant au monde. Le petit être, d'une constitution débile, mourut dans le marasme, étant à peine âgé de six mois.

Distinction honorifique. — Nous sommes heureux d'annoncer que notre distingué collaborateur M. le Dr Bossarie (de Sarlat), membre correspondant de l'Académie de médecine, vient d'être nommé officier d'Académie.

La pouponnière. — Il se fonde en ce moment sous le patronnage de MM. Verneuil, Bergeron, Mauriac, Siredey, Verliac, une société ayant pour titre La pouponnière, et qui a pour but de créer aux environ de Paris, un vaste établissement d'allaitement artificiel, destiné à recevoir les nouveau-nés des familles que des circonstances impérieuses obligent à éloigner d'elles.

Cet établissement doit être installé dans le château de Plessis-Lalande, situé sur le plâteau de Villiers.

Le Dr Saint-Clair-Monribot bien connu pour ses travaux concernant les nouveau-nés, est le directeur de cet utile établissement.

Nous espérons voir fonctionner prochainement cette vaste nourricerie qui est appelée nous n'en doutons pas, à rendre d'immenses services et à faire diminuer considérablement la mortalité effrayante qui pèse sur les enfants du premier âge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Kyste ovarique extirpé chez une jeune fille de 18 ans, par M. Gayet (de Lyon). Société des sciences méd. de Lyon (*Lyon médical*, 1875, p. 92.

Accouchement chez une malade ayant subi deux ans auparavant la gastrotomie, par le Dr Fourrier (de Compiègne). *Bulletin de thérapeutique*, 30 janvier 1875.

Métrorrhagie persistante due à un polype utérin. (Société pathologique de New-York, *The Medical Record*, 24 avril 1875.)

Signes certains qui permettent de reconnaître que la grossesse a existé. (*The Medical Record*, 29 juin 1375.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Guide du médecin praticien et de la sage-femme, pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines, suivi d'un appendice sur la stérilité, par le Dr [illegible] Verrier, préparateur du Cours d'accouchement de M. le professeur Pajot, . . Faculté de médecine de Paris, professeur libre d'accouchement, rédacteur en chef de la *Gazette obstétricale*. 1 fort vol. in-18 avec 133 fig. intercalées dans le texte, cartonné à l'anglaise. Prix : 7 fr. Asselin, éditeur. Paris, 1875.

Recherches cliniques sur certaines affections de l'appareil urinaire dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement, par le Dr Lizé (du Mans), mémoire extrait de la *Gazette obstétricale*, 1875, numéros 15, 16, 17 et 18.

Le bassin dans les sexes et dans les races, par Ad. Verneau, préparateur d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle, membre de la Société d'anthropologie de Paris. In-8 de 156 pages avec 16 planches lithographiées, chez J.-B. Baillière, éditeurs, Paris, 1875.

De la dystocie par obliquité antérieure du col, par le Dr Poulain. Thèse de Paris, 1875.

Du traitement de la pierre, de la gravelle, de la goutte, du diabète, etc., et au moyen de nouveaux dissolvants de l'acide urique, hexaborates alcalins, [illegible]dine, triméthylamine, codéine, etc., par le Dr Goux. Paris, 1875, in-8 de [illegible] Chez Doin, éditeur.

Du traitement des déviations de la colonne vertébrale, par le Dr J. C. T. Pravaz, directeur de l'Institut orthopédique de Lyon. Paris, 1875, Masson éditeur.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

A. Parent. imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, [illegible]

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

A M. Hyp. BLOT,

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Mon cher Collègue,

Permettez-moi de vous adresser toutes mes félicitations. A propos de l'*emploi de la force mécanique appliquée aux accouchements*, vous avez, devant la Société de chirurgie, défendu avec talent et conviction les vrais principes et les saines traditions de l'obstétrique française, transmises à vous, comme à moi, par P. Dubois, notre regretté maître.

Après avoir pris connaissance de la *méthode vétérinaire* proposée pour l'accouchement des femmes, P. Dubois, le premier, porta ce jugement en présence de votre serviteur: « C'est bien extravagant. » Velpeau, plus chirurgien et moins parlementaire, s'écria : « C'est absurde. »

Or, P. Dubois et Velpeau possédaient probablement autant de jugement et presque autant d'instruction et d'expérience cli-

nique que tous les inventeurs et défenseurs de machines destinées à remplacer les mains de l'accoucheur.

Vous n'avez jamais vu, il est vrai, mon cher collègue, ni moi non plus, en dix-huit ans, P. Dubois faire tirer *à deux* ou même *à trois*, sur les crochets d'un forceps. Vous avez vu, comme moi, notre maître, fatigué, se reposer un moment, ou même confier l'instrument à un aide instruit pour continuer les tractions commencées. Il comprenait, lui, que *la même force prolongée* n'est pas comparable, en accouchement, *à la force doublée ou triplée dans un même temps.*

Un petit nombre d'accoucheurs, trouvant aujourd'hui tout naturel d'atteler deux ou trois hommes sur un instrument, ces partisans de la force en arrivent bientôt à préférer les machines, en présence des désastres de leur pratique.

Si l'on voulait établir loyalement et sérieusement le chiffre de la mortalité dans les établissements dirigés d'après de tels principes, je ne crois pas exagérer la vérité en présumant cette mortalité, *pour les accouchements dangereux seuls*, comme d'un quart à un tiers plus élevé que dans la pratique de P. Dubois, par exemple.

Les éléments de cette statistique, puisés à des sources sûres, par des mains impartiales, pourraient être rassemblés, au grand profit de l'instruction, si les intéressés voulaient bien s'y prêter. Je vous l'avoue, je ne pense pas qu'ils s'y prêteraient.

Que les inventeurs des tractions à *deux* et à *trois* se fassent remplacer par des machines, ils se rendent justice, ils ont raison. la femme et l'enfant ne peuvent pas y perdre, et tous ceux dont la pratique n'a pas pour base le vieil aphorisme obstétrical, *non vi, sed arte,* seront dans leur droit en les défendant et en les imitant.

Quant à tous les autres, et vous et moi nous en sommes, ils continueront à manier les instruments avec leurs mains.

Oui, mon cher collègue, vous êtes cent fois, mille fois dans le vrai, «en obstétrique comme en chirurgie, il faut placer les faits d'abord,« et surtout il faut qu'ils soient contrôlés par des hommes compétents. Les théories édifiées sur des faits bien observés et sainement interprétés, sont les seules bonnes chez nous, mais

comment faire comprendre cela aux esprits assez fermés pour confondre les théories, *a priori*, avec les théories déduites de l'expérience de tous les temps. Autant les premières sont dangereuses dans un art où l'invention n'est rien sans l'application, autant les autres sont fécondes en enseignements de toutes sortes. Ces dernières, fruit de l'observation des grands praticiens de tous les siècles, deviennent, en s'épurant toujours, les véritables lois pratiques, transmises par nous, des générations passées aux générations nouvelles.

Ce sont ces théories-là dont voulait parler Trousseau, quand il disait : « Défiez-vous surtout des médecins qui se flattent de n'avoir pas besoin de théories, de livres, de journaux, en déclarant qu'ils ne sont point des théoriciens mais de purs praticiens. Défiez-vous-en, disait-il, ce sont souvent des intrigants, à moins qu'ils ne soient des imbéciles. »

Un esprit comme Trousseau ne pouvait pas confondre les deux espèces de théories.

Cette confusion est faite de très-bonne foi, je le crois, par les inventeurs et les défenseurs de *mécaniques à accoucher*, dont les démonstrations se font sur des bassins en fer battu, avec des fœtus en peau de veau.

Sans doute, ces mannequins peuvent être utiles pour reproduire des simulacres d'opérations *mille fois vérifiées sur le vivant.*

Mais conclure de telles expériences à l'emploi dans la pratique, c'est risquer de renouveler la triste histoire d'un de nos collègues d'agrégation, mort aujourd'hui. Il appliquait à merveille son instrument sur un bassin sec, rétréci par un tampon. Malheureusement, dans un rétrécissement vivant, il tua, du premier coup, avec son appareil, en présence de cinquante personnes, une pauvre femme offrant, affirmait-il, toutes les conditions favorables à son opération. Si vous ne connaissez pas cette histoire, notre collègue et ami, M. Tarnier, vous la contera. Il y assistait..

Le grand cheval de bataille des praticiens et des défenseurs de la *méthode vétérinaire*, c'est qu'ils sont parvenus à accoucher des femmes à la mécanique. Mais on peut accoucher avec *tout* et avec *rien*, ce qui n'est pas une raison pour employer ni *tout*,

ni *rien*. On peut accoucher des femmes avec des pincettes (un de nos confrères en a même inventé une paire) et réussir! Faut-il pour cela recommander les pincettes? Simpson a accouché des femmes avec sa *ventouse tire-tête*. Je possède celle dont il se servait, qu'il m'a offerte lui-même. Je jure de ne l'employer jamais. Quelques industriels arrachent les dents avec un sabre. Faut-il adopter le sabre? J'ai proposé publiquement (je le ferai quand on voudra) d'accoucher les femmes, *avec succès*, à l'aide d'une petite locomobile et d'un dynamomètre. Faut-il pour cela conseiller la vapeur?

Vous avez parfaitement compris, cher collègue, que les prétendus succès de la *méthode vétérinaire*, *appliquée à l'obstétrique humaine*, ne prouvent absolument rien, puisque nous en obtenons de plus nombreux avec nos mains seules et avec moins d'appareils et de dangers.

Les vétérinaires emploient la force mécanique. J'ignore s'ils ont tort ou raison. Je penche à croire (sans rien décider, je suis incompétent) qu'ils ont raison, parce que des hommes, très-éminents dans leur art, ont adopté cette méthode; mais remarquez, je vous prie, qu'ils emploient les machines, seulement, pour les *grandes* femelles domestiques. Dans ces cas, en effet, les énormes résistances à vaincre surpassent souvent les forces d'un seul homme, et comme il était impossible de régler convenablement les tractions de plusieurs aides nécessaires et agissant à la fois, les vétérinaires ont préféré les moyens mécaniques. Mais pour la chèvre, la brebis, la chienne, etc., usent-ils du treuil, des moufles ou de la roue de voiture? Non, les tractions d'un seul homme suffisent alors pour obtenir un résultat, avec le moins de dangers possible. Les mêmes considérations sont, probablement, applicables à certains cas de chirurgie. Tout cela est au moins raisonnable.

Maintenant, des maîtres habiles recommandent-ils, en chirurgie, la force mécanique, à tort ou à raison? Ce n'est pas à nous, accoucheurs, à prononcer, pas plus qu'il n'appartient aux chirurgiens de troisième classe, à prétentions obstétricales, ni aux accoucheurs de quatrième ordre, à prétentions chirurgicales, de décider une question déjà jugée par nos maîtres les plus

illustres. L'opinion de ces médiocrités en chirurgie n'aura jamais pour nous une grande valeur en obstétrique, dussions-nous continuer à être traités de tire-cordons par ces estimables fabricants d'invalides.

Aussi, aux raisons si bien exposées par vous, mon cher collègue, à celles de MM. Charpentier, Bailly et de beaucoup d'autres très-distingués confrères, *contre l'emploi des machines en obstétrique humaine*, je joindrai ce dilemme en terminant :

Vos machines sont encombrantes et peu pratiques ; cela ne se discute pas. Mais si vos mécaniques font AUTANT que les mains de l'accoucheur, elles sont INUTILES ; si elles font PLUS, elles sont DANGEREUSES. Quant à faire MIEUX, des hommes vraiment instruits et expérimentés en accouchements, les P. Dubois, les Velpeau ont répondu.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes meilleurs sentiments,

Professeur PAJOT.

DES INSTRUMENTS INDISPENSABLES
AU MÉDECIN-ACCOUCHEUR.

Lettre du Dr PÉNARD, de Rochefort, à l'un de ses Elèves.

Décidé, dans votre pratique civile, à ne pas négliger les accouchements plus que les autres branches de l'art, vous me priez, jeune et cher confrère, de vous donner mon avis sur les instruments dont vous devez composer votre arsenal obstétrical. Au milieu de tous ces forceps et céphalotribes divers exposés sous les vitrines de nos grands fabricants, vous éprouvez, dites-vous, de l'embarras à fixer votre choix, et cela ne m'étonne guère. Puis, en dehors de ces instruments de premier ordre, il en est d'autres plus modestes, secondaires, en apparence du moins, dont vous avez besoin, ajoutez-vous, de comprendre toute l'utilité. Eh bien, il me semble n'avoir rien de mieux à faire, pour vous éclairer sur tout cela, que de vous faire l'exposition raisonnée des instruments que j'emporte avec moi, lors-

que je suis appelé pour un accouchement, instruments avec lesquels, tout peu nombreux et tout simples qu'ils sont, j'ai pu jusqu'à présent (et je n'ai pas fait moins de 800 accouchements ne laisser jamais une extraction de fœtus inachevée, même quand il y avait rétrécissement très-notable du bassin, et sauver, au contraire, dans bien des cas difficiles, l'enfant aussi bien que la mère.

Lorsque je me rends au loin pour assister une femme que l'on me dit être en mal d'enfant, voici de quel bagage instrumental je me fais suivre. Dans une petite caisse en bois léger, que j'ai fait faire exprès, j'emporte :

1º La petite trousse dont je me sers d'habitude en ville, et qui contient : une paire de bons ciseaux droits, à pointes mousses; une sonde pour femme; un long bistouri droit boutonné; un long bistouri ordinaire, légèrement convexe; un tube laryngien; un trocart à hydrocèle, à manche plat; deux ou trois aiguilles à suture, courbes, et des fils cirés;

2º Un stéthoscope tout ordinaire, un peu long;

6º Un forceps, le forceps français;

4º Un perce-crâne, celui de Blot;

5º Un céphalotribe, celui de Blot également;

6º Une paire de ces grands et forts ciseaux, dits *céphalotomes*;

7º Un spéculum plein, en buis.

a. *Ciseaux droits, à pointes mousses.* — Outre qu'ils vous seront nécessaires pour couper le cordon ombilical, que l'enfant soit dehors ou près d'y être, puis pour tailler le petit linge dont vous enveloppez le bout abdominal de ce cordon, ces ciseaux pourront vous servir encore à pratiquer sur la mère une opération bien légère et néanmoins d'une très-grande importance, je veux parler des petits débridements de la vulve recommandés par P. Dubois.

Si vous avez affaire à une primipare, soit qu'elle accouche naturellement, soit que vous l'accouchiez par le forceps, au moment ou la tête se présentera à la vulve, tenez-vous prêt à user de vos ciseaux pour débrider cet orifice au niveau du tiers postérieur de chaque grande lèvre, dès que le périnée vous paraîtra menacé de rupture. Au milieu de ses douleurs, devenues alors

réellement *conquassantes*, la femme s'apperçoit à peine du mal que lui causent ces petites incisions, auxquelles vous ne donnerez jamais, du reste, plus d'un centimètre d'étendue, et elles peuvent, cependant, lui rendre un tel service, en lui épargnant une déchirure médiane du périnée, au moment du dégagement de la tête, que je serais presque tenté de vous conseiller de les pratiquer *toujours*, chez la primipare, si vous usez du forceps. La rupture de la fourchette n'est rien; elle est presque inévitable, et il n'y a pour ainsi dire pas à s'en préoccuper; elle guérit seule. La déchirure entamant, non-seulement la fourchette, mais encore une portion du plancher périnéal, est un accident plus grave sans doute, mais qu'on corrige encore assez facilement par un ou deux points de suture, aidés du rapprochement des cuisses. Mais il s'en faut qu'il en soit de même, si la rupture a atteint tout le périnée, et si surtout elle s'est étendue jusqu'au rectum, en brisant le sphincter anal. Oh! alors, c'est un accident des plus graves, qui n'expose pas sans doute la vie de la femme, mais qui l'afflige d'une infirmité des plus dégoûtantes et empoisonne son existence pour toujours peut-être, vu qu'il est excessivement rare que la périnéorrhaphie, dans ce cas extrême, soit suivie de succès. Il vous arrivera d'avoir à donner vos conseils à quelqu'une de ces pauvres affligées, chez lesquelles la vulve et l'anus ne font plus qu'une seule ouverture, au travers de laquelle, trop souvent, finit par s'échapper tôt ou tard la matrice en prolapsus complet. Et, alors, vous comprendrez toute l'importance du conseil que je vous donne ici, — combien les débridements de la vulve vulgarisés par P. Dubois sont utiles, — et combien sont coupables, par conséquent, les accoucheurs qui ne songent pas à les pratiquer à temps, ou qui, lorsque la déchirure complète ou presque complète du périnée s'est produite, qu'ils aient ou non cherché à la prévenir, négligent de recourir de suite aux seuls moyens qui puissent faire espérer l'adhésion primitive des lèvres de la plaie, à savoir plusieurs points de suture bien établis, un bandage tenant les genoux rapprochés, sans interruption, pendant quatre ou cinq jours, et le *decubitus* sur l'un ou l'autre côté durant le même temps.

b. *Sonde de femme*. — Vous aurez bien rarement à faire usage

de cet instrument pendant l'accouchement; il est bon, cependant, que vous en soyez muni. Car, vous ne devez pas oublier qu'il y a danger pour la mère à ce que la tête de l'enfant s'engage dans l'excavation pelvienne, quand la vessie est pleine. Dans le cas de version ou d'application du forceps, et du céphalotribe surtout, il est de règle de vider la vessie par le cathétérisme, si elle ne s'est pas vidée naturellement, avant de commencer l'opération.

c. *Bistouri droit boutonné.* — Il peut se faire que le col, une fois entr'ouvert, résiste à une plus ample dilatation, parce que ses bords sont comme indurés par du tissu cicatriciel. Dans ce cas, il n'y a qu'à pratiquer quelques petites incisions de 1 à 2 centimètres chacune, à droite et à gauche, pour livrer passage au fœtus, ou permettre son extraction par le forceps. Or, c'est à l'aide du bistouri boutonné, conduit sur le doigt indicateur de l'autre main, qu'on fait ce débridement multiple. Vous agiriez de même, le cas échéant; comme aussi, s'il vous arrivait de voir la tête de l'enfant arrêtée avec persistance au-dessus de l'orifice vulvaire, par une bride circulaire donnant l'idée du constricteur vaginal lui-même, à l'état de contracture. J'ai déjà vu cela deux fois, et, dans les deux cas, une seule petite incision d'un côté avec le bistouri boutonné, glissé par-dessus la bride sans que la femme le sût, a suffi pour permettre à la tête de se dégager immédiatement.

d. *Bistouri ordinaire, légèrement convexe.* — Ayez aussi, dans votre trousse, ce genre de bistouri, pour le cas où vous vous trouveriez en présence d'une agglutination solide des bords de l'orifice utérin, agglutination survenue évidemment après la conception, par suite d'inflammation ulcéreuse accidentelle. En pareille occurrence, vous essaieriez d'abord, — comme je l'ai fait une fois avec succès, en 1865, chez une primipare, — de *défoncer* l'adhérence avec l'extrémité de l'index, au moment d'une forte douleur, — et, si vous ne réussissiez pas de la sorte, vous pratiqueriez l'*hystérotomie vaginale :* vous introduiriez l'index et le médius de la main gauche, de champ, jusqu'à toucher la partie la plus acuminée du segment inférieur de la matrice, et, glissant la lame de votre bistouri (dont vous auriez

préalablement garni la pointe d'une boulette de cire) entre ces deux doigts, — à plat et le tranchant tourné vers votre droite, — vous iriez faire, sur ce segment inférieur, une incision transversale de 3 à 5 centimètres, qui, par le seul fait des contractions utérines, ne tarderait pas à s'agrandir au point de livrer passage au fœtus, tout aussi bien que si la dilatation eût été spontanée dès le début.

c. *Tube laryngien.* — Vous êtes en présence d'une primipare. L'accouchement est long et pénible; les eaux s'étaient écoulées prématurément, et l'enfant, ce qui est fréquent alors, naît asphyxié. En général, vous le rappellerez promptement à la vie, en excitant vivement sa surface cutanée au moyen de l'air froid, de l'eau très-froide ou très-chaude, des frictions stimulantes sur la région précordiale, et de la *flagellation* surtout. Mais, si ces moyens restaient infructueux, vous n'auriez de ressource que dans l'insufflation d'air oxygéné dans les poumons, au moyen du tube laryngien. C'est une opération souvent bien longue et bien fatigante que celle-ci! Mais n'hésitez pas, néanmoins, à l'entreprendre; car, si vous réussissez, vous serez amplement dédommagé de votre peine et de votre perte de temps par une satisfaction à nulle autre pareille. Je n'oublierai jamais ce que j'ai éprouvé de joie, mêlée d'orgueil pour la science médicale, à faire revivre, après vingt longues minutes de fatigue et de sueur, un fœtus que P. Dubois venait d'extraire par le forceps, à sa Clinique, en 1859, et qu'il nous avait livré complètement asphyxié, à un étudiant grec et à moi, comme sujet d'expérience pour la respiration artificielle. Et la satisfaction que vous donnerait un succès de ce genre serait bien plus grande encore dans votre pratique civile! Figurez-vous l'illumination subite du visage des assistants à la vue de cette véritable résurrection! Je le répète, le cas échéant, ne craignez pas votre peine; usez de votre tube laryngien suivant les règles; faites ce que l'art et la conscience tout à la fois vous ordonnent de faire, et, quoi qu'il arrive, vous ne le regretterez pas.

f. *Trocart.* — Si je vous conseille de vous munir d'un trocart, c'est qu'il peut vous arriver de reconnaître sous le doigt, après dilatation avancée du col et rupture de la poche des eaux, une

tête d'hydrocéphale. Votre conduite, dans ce cas, est toute tracée. Vous attendez aussi longtemps que l'état de la femme le permet, pour être bien sûr de l'impuissance des contractions utérines à engager la tête dans l'excavation ; mais sitôt que cette insuffisance vous est démontrée, vous donnez un coup de trocart dans l'espace membraneux du crâne, le plus facile à atteindre; l'eau évacuée, vous essayez d'une application de forceps, et, si par hasard elle échoue, vous vous décidez pour la crâniotomie et l'emploi du céphalotribe.

Et si je vous dis de faire votre première ponction *par le trocart*, et *avec précaution*, c'est qu'on a vu des cas où l'hydropisie du cerveau n'étant pas considérable, il a suffi d'évacuer une certaine quantité de la sérosité épanchée, pour faire naître l'enfant, et même lui conserver l'existence.

L'ascite, chez le fœtus encore dans la matrice, est très-rare. Les auteurs en citent pourtant quelques exemples. Si vous veniez à rencontrer un pareil obstacle à l'accouchement, ce serait encore à la ponction avec le trocart que vous devriez recourir, avant de songer à l'embryotomie.

g. *Aiguilles à suture.* — Voilà des instruments, tout petits et modestes qu'ils sont, qui peuvent rivaliser avec les ciseaux au point de vue de l'utilité. Car, les dégâts qu'avec ceux-ci vous auriez assurément prévenus, si vous fussiez arrivé à temps, vous les réparerez avec ceux-là. Vous arrivez, trouvant la femme déjà accouchée, seule ou assistée d'une matrone maladroite, et portant une déchirure un peu considérable du périnée, ou bien cette déchirure se fait devant vous, parce que vous n'avez pas le temps de la prévenir par les débridements postéro-latéraux dont je vous ai parlé ; — *n'abandonnez jamais votre accouchée, sans chercher à remédier à l'accident.* Hâtez-vous au contraire : armez vos aiguilles de fil ciré, et, pendant que la femme est anéantie par les horribles douleurs qu'elle vient d'avoir, pratiquer un, deux, trois points de suture même, suivant l'étendue de la lésion. Si cette suture est bien faite, et si, après cela, vous avez le soin de maintenir les genoux rapprochés par un bandage solide, et de prescrire le *decubitus* latéral, pendant quatre ou cinq jours au moins, pour que les lochies et l'urine passent

sur la plaie le moins possible, vous obtiendrez presque à coup sûr l'adhésion primitive des lèvres de cette plaie, et, le cinquième jour, quand vous enlèverez les anses du fil, vous retrouverez à peine trace de la rupture.

Je vous ai dit à quel malheur était vouée la femme portant une division complète ou presque complète du périnée. Quand cette division viendra de se faire, ne négligez donc jamais d'essayer de la corriger.

Pour moi, à l'exemple de mon savant et habile maître, le professeur Pajot, je n'oublie jamais, aussitôt l'accouchement terminé, de visiter le périnée d'une primipare, si j'ai lieu de le supposer déchiré tant peu que ce soit. A une rupture d'un centimètre au delà de la fourchette, je n'oppose rien; je laisse à la nature le soin de la cicatrisation. Mais, dès que la déchirure a seulement 2 centimètres, et à plus forte raison quand elle s'étend presque jusqu'à l'anus, je me garde bien d'en confier la réparation à la nature, dussé-je l'aider de l'*enfergement* des genoux et du *décubitus* latéral pour plusieurs jours. Je pratique de suite deux ou trois points de suture, et, y joignant les précautions ci-dessus indiquées, je réussis toujours à obtenir une adhésion complète et solide des bords de la plaie. Ce qu'il y a de certain, c'est que d'entre les nombreuses femmes que j'ai assistées dans leur premier accouchement, même au moyen du forceps, aucune ne peut mettre à ma charge une infirmité de ce côté-là; et, cet heureux résultat, je le dois à l'attention que j'ai de débrider la vulve, au moment du dégagement de la tête, dès que le bord antérieur du périnée me paraît menacé, et, quand la déchirure s'est produite, au soin que j'apporte à la réunion immédiate de ses lèvres par une suture à *points passés* bien faite.

h. *Stéthoscope.* — L'auscultation, si utile pour établir le diagnostic dans le cas de grossesse douteuse, ne l'est pas moins pour faire constater pendant le travail de la parturition, si l'enfant vit toujours, et même, dans ce cas, s'il est souffrant ou non.

Sans doute, avec l'oreille nue, si vous l'ave … t exercée, si elle sait bien ce qu'elle cherche, vo

bien des circonstances, percevoir assez nettement les bruits du cœur fœtal. Mais, à l'aide du stéthoscope, vous les percevrez bien mieux encore, surtout vous préciserez bien plus exactement le siége du summum d'intensité de ces bruits. L'oreille ne saurait s'appliquer, du reste, aisément, sur les régions inférieures, soit médianes, soit latérales, d'un abdomen distendu par un fœtus à terme, tandis qu'avec le stéthoscope vous aurez toute facilité d'explorer ces dernières régions aussi bien que les autres, sans même que la pudeur de la femme en soit offensée.

Après avoir reconnu une présentation de la tête (vertex ou face), si vous voyez le travail se faire régulièrement et vite, et si la poche des eaux est encore intacte, il n'y aura pas grande nécessité à ce que vous auscultiez; si ce n'est pour acquérir la certitude que vous êtes bien en présence d'un fœtus vivant.

Mais si l'accouchement marche mal, si vous apprenez que les douleurs sont fortes et soutenues depuis plusieurs heures déjà, que la poche amniotique est rompue, qu'une notable quantité des eaux s'est écoulée, et si, au toucher, vous reconnaissez que, bien que la dilatation du col soit complète ou à peu près, la tête tarde à s'engager dans l'excavation ou ne la parcourt qu'avec une lenteur désespérante, armez-vous bien vite de votre stéthoscope et auscultez. Car, l'enfant, n'étant plus suffisamment protégé par ce qui reste des eaux, peut fort bien ne pas supporter impunément la compression directe qu'exerce sur lui la matrice au moment des douleurs, et être menacé de mort par interruption de la circulation dans le cordon. Vous en rapporter à la manière dont la mère se comporte, à l'absence de tout accident de son côté, pour vous laisser aller avec confiance à l'expectation, serait une faute. La mère peut être dans l'état le plus satisfaisant, et l'enfant n'en pas moins courir le plus grand risque. Or, il n'y a alors que l'auscultation qui puisse éclairer sur le danger qu'il court. Auscultez donc de temps en temps, dans l'intervalle des douleurs. Si vous n'auscultez pas, vous ne saurez rien du péril où se trouve l'enfant; vous vous livrerez à une quiétude complète, parce que la mère ne vous paraît nullement épuisée, vous laisserez faire, et, quand l'enfant naîtra, vous aurez une cruelle déception, en ne trouvant en lui qu'un

petit cadavre. Si vous prenez soin d'ausculter, au contraire, de temps en temps, vous suivrez l'état du fœtus presque comme si vous l'aviez sous les yeux. Son cœur vous donnant à l'oreille de 130 à 140 pulsations, fortes et régulières, vous patienterez et livrerez le travail à la nature. Tandis que si les battements perçus sont tombés à 90, à 100, à 110 même à la minute, et ont en même temps perdu de leur force et de leur régularité, vous cesserez de vous livrer à une coupable expectation, et, lors même que la tête, ayant franchi le col, pèserait déjà fortement sur le périnée et commencerait à entr'ouvrir la vulve, si vous aviez affaire à une primipare, vous n'attendriez pas davantage, vous déclareriez nettement aux assistants, à la femme elle-même, qu'il vous faut absolument intervenir si l'on veut voir naître l'enfant encore vivant, et vous vous hâteriez d'appliquer le forceps, seul moyen alors d'arriver à cet heureux résultat.

Dans le cas de présentation du siége, vous n'aurez pas à vous préoccuper antant de l'auscultation, qui n'a plus alors les mêmes services à vous rendre. Vous abandonnez le travail à la nature, et quand la région ombilicale de l'enfant est arrivée à la vulve, vous avez sous les doigts l'anse du cordon que vous avez attirée, dont les pulsations vous éclairent suffisamment sur ce que vous avez à faire, si vous devez ou non intervenir sans perdre de temps.

Et il en serait de même dans le cas de procidence du cordon, avec n'importe quelle présentation. L'exploration directe des artères ombilicales que vous pouvez tâter du doigt, remplacerait avantageusement la recherche des battements du cœur par le stéthoscope.

Si c'est l'épaule qui se présente, vous ne retirerez de l'auscultation qu'un service, celui de vous faire connaître si le fœtus vit ou non. Il vous ferait savoir qu'il souffre, que vous n'en interviendriez pas plus tôt. C'est à la version podalique qu'il vous faut alors recourir, et cette opération ne saurait être entreprise avant que le col soit suffisamment dilaté. De savoir l'enfant en danger d'asphyxie, ne vous ferait pas aller plus vite.

Dans le cas d'éclampsie, l'auscultation ne vous fournira pas non plus l'indication de hâter la délivrance : c'est le danger

couru par la mère qui vous portera à en finir le plus tôt possible.

Au contraire, dans le cas de *placenta prævia*, vous puiserez dans l'auscultation une indication précieuse. Si le stéthoscope, en effet, vous donnait la certitude que l'enfant a cessé de vivre, par une cause quelconque, appréciable ou non, vous sauriez que le décollement du placenta peut s'achever sans hémorrhagie inquiétante (la circulation utéro-placentaire dans ce cas étant devenue presque nulle), et, dès lors, vous n'auriez qu'à livrer l'accouchement à lui-même, à moins d'une mauvaise présentation. Si, au lieu de cela, par l'auscultation vous reconnaissiez que le fœtus est bien vivant, — dès que la dilatation du col le permettrait, vous entreprendriez la version podalique qui, dans cette occurrence, — même avec une présentation de la tête, — est l'opération qui ménage le plus le sang de la mère et de l'enfant tout à la fois.

Enfin, en présence d'un rétrécissement du bassin vous auriez encore un certain bénéfice à retirer de l'auscultation. Car, si votre stéthoscope vous donnait la certitude que l'enfant a cessé de vivre, vous n'auriez à vous préoccuper que de la mère. Le sachant mort, vous auriez recours de suite, même quand le diamètre rétréci aurait 9 c., au procédé opératoire le plus expéditif et le moins dangereux pour la mère; vous pratiqueriez la perforation du crâne, la feriez suivre de l'application du forceps et, si le forceps ne suffisait pas, de l'application du céphalotribe. Tandis que si votre oreille vous faisait reconnaître l'enfant plein de vie, vous essaieriez de le ménager; et, le diamètre rétréci du bassin ne mesurât-il que 8 centimètres, vous feriez plusieurs tentatives avec le forceps, *en laissant à la femme, après chacune, au moins deux ou trois heures de repos* (Pajot), et vous ne vous décideriez à pratiquer la céphalotripsie que lorsque vous la jugeriez indispensable.

Vous voyez, je pense à présent, toute l'étendue des services que peut vous rendre votre stéthoscope dans la pratique des accouchements; emportez-le donc toujours avec vous et familiarisez-vous avec son usage. Car, quand vous saurez vous en servir, il vous fera sauver beaucoup plus d'enfants que n'en

sauvent les accoucheurs qui ne s'en servent pas. Oui, sachez bien que les accoucheurs qui perdent le moins d'enfants sont ceux qui, ne se permettant pas de quitter la femme, dès qu'ils la reconnaissent en plein travail avec une dilatation du col un peu avancée, surveillent attentivement la marche de l'accouchement, *ont grand soin surtout d'ausculter de temps en temps*, pour savoir si l'enfant souffre ou non et n'hésitent pas à intervenir dès qu'ils s'aperçoivent que les battements de son cœur se troublent sensiblement.

i. *Forceps.* — Il y a un grand nombre de forceps différents, mais tous ne sont pas également bons.

Les meilleurs, les plus répandus, sont ceux de Stoltz, de Nægele, de Simpson, et surtout celui de Levret, modifié par Baudelocque.

Les trois premiers ne diffèrent du dernier que par leurs manches qui sont droits, garnis de bois par dehors, présentent des saillies en haut et en bas, pour servir de prise solide aux mains pendant les tractions, mais ne se terminent pas par des crochets mousses, comme le forceps français ordinaire.

Si j'ai adopté celui-ci, c'est qu'il est d'une structure plus simple, que ses branches sont mieux balancées au niveau des entablures, et réunies par un genre d'articulation (encochure et pivot mobile), plus facile et plus solide tout à la fois, — que ses cuillers sont doublement incurvées juste au degré voulu, — que les manches se terminent par des crochets qui peuvent rendre service dans certains cas, — et, enfin, parce qu'il est, à peu de chose près, le forceps de Levret, à qui revient réellement l'honneur d'avoir inventé cet instrument si utile (en 1747), et dont je regarde comme un devoir de perpétuer la mémoire.

L'instrument de Chamberlen (1688) n'était qu'une pince droite; et le forceps de Smellie, à double courbure comme celui de Levret, ne parut que deux ans après ce dernier (en 1749).

Quant au forceps de Campbell, avec ses manches creusés de coulisses dans lesquelles ses branches peuvent glisser, pour s'allonger ou se raccourcir au besoin ;

Au forceps de Guyon, à crémaillère, comme l'était celui d'A. Petit, pour limiter la compression exercée par ses cuillers;

Au forceps de Trélat, à cuillers très-minces, très-flexibles, pour s'adapter mieux aux formes de la tête, sans presser aussi rudement le cuir chevelu ;

Au forceps à courbure périnéale de Johnson, de Young, de Muller, de Moralès, etc. ;

Au forceps de Baumers, de Lyon, avec sa courbure sur le plat des branches, immédiatement au-dessus des entablures, pour pouvoir être appliqué, une cuiller vers le sacrum, l'autre derrière les pubis, et saisir la tête, encore au détroit supérieur, par son diamètre bipariétal, plutôt que par son diamètre fronto-occipital ;

Au léniceps de Mattéi, enfin, qui, selon l'auteur, aurait le double avantage de pouvoir être appliqué sans déranger la femme, et de devenir, s'il le fallait, un instrument compresseur, réducteur du volume de la tête ;

Ce sont des instruments tous très-ingénieux, mais dont vous pouvez très-bien vous passer ; ils ne vous seraient même d'aucune utilité.

Et je ne vous ferai pas plus l'éloge des forceps *non croisés* de Thenance, de Valette, de Tarsitani, de Carof, etc., inventés dans le but de dispenser, d'abord, du décroisement des branches, quand la droite a été mise en place avant la gauche, puis, de permettre de placer les cuillers d'une façon *asymétrique*, — mais qui, malgré ces précieuses qualités, ne se sont pas répandus et n'ont guère servi qu'à leurs auteurs.

Le Dr Hamon, de la Rochelle, espère, pour son Rétroceps, un meilleur avenir. Comme assemblage de deux leviers ingénieusement articulés, c'est possible. Mais, comme instrument pouvant être substitué au forceps ordinaire, non ; et voilà pourquoi : c'est que, d'abord, ce n'est pas un forceps, du moment que les branches vont se poser sur la demi-circonférence de la tête qui regarde le sacrum, et y sont laissées *asymétriques*. Un forceps est un instrument qui saisit et entraîne ; le rétroceps, lui, ne peut qu'entraîner, par suite de l'adaptation intime de ses courbures sur celles de la tête ; il ne saisit pas. C'est, enfin, un levier de Baudelocque double, très-artistement disposé, comme

tel, mais qui ne pourra jamais suffire à dégager la tête dans un cas difficile.

Quand cette tête, arrivée dans l'excavation, y sera retenue seulement par un peu d'étroitesse du canal pelvien, relative ou absolue, ou par l'insuffisance des contractions utérines, le rétroceps du Dr Hamon pourra être utile ; comme ses cuillers, faciles à introduire, du reste, s'adaptent parfaitement sur les côtés du front ou de la face, avec lui on entraînera sûrement la tête jusqu'à son dégagement complet à la vulve. Si, dans des cas de ce genre, le levier de Baudelocque a déjà rendu des services, à plus forte raison le rétroceps en rendra-t-il, avec ses cuillers à surface plus que doublée et à courbure sur le plat bien plus accentuée.

Mais, quand la tête sera retenue au détroit supérieur, soit par un excès de son propre volume, soit par une angustie pelvienne tant soit peu marquée, soit par toute autre cause, je doute fort qu'avec le rétroceps on arrive jamais à la faire descendre dans l'excavation, ou, si l'on y arrive, c'est que la nature se serait suffi à elle-même, si l'on avait su attendre un peu, attendre que la dilatation du col fût complète et que les contractions utérines eussent repris leur force.

Donc, quand il y aura obstacle sérieux, ce n'est pas à un instrument de ce genre que je vous conseillerai de recourir, mais bien au forceps ordinaire, qui saisit d'abord solidement et entraîne ensuite, sans que l'opérateur ait à craindre de le voir lâcher prise, de voir les cuillers *déraper*, comme celles du rétroceps le font assez souvent, de l'aveu même de l'auteur. Et, lors même que la tête, déjà rendue au détroit inférieur, y serait arrêtée par une cause quelconque, ce serait encore au forceps ordinaire que je vous conseillerais d'avoir recours de préférence, parce qu'il n'est pas plus difficile à mettre en place que le rétroceps, qu'il n'est pas du tout un compresseur *meurtrier* quand on sait le manier avec tant soit peu de dextérité, qu'il permet d'amener l'occiput plus sûrement sous l'arcade pubienne, et qu'enfin, ce qui n'est pas du tout un inconvénient, comme le prétend le Dr Hamon, mais bien un avantage, il force

à mettre la femme *en position* sur le bord de son lit, et à s
veiller attentivement le périnée.

Pour ce qui est des forceps à mécanismes particuliers, s
vis de rappel, soit *treuil*, soit *moufles*, pouvant en faire des tra
teurs puissants, continus et même progressifs, vous les ju
assurément de vous-même aussi sévèrement que moi, si v
n'avez pas oublié les sages préceptes de nos grands maîtres,
recommandent expressément, une fois le forceps mis en pl
1° de ne tirer d'une façon continue, qu'autant qu'il y a un a
dent menaçant la mère ou l'enfant; 2° de faire suivre ex
ment aux cuillers de l'instrument, dès les premières tract
la direction continue des axes du bassin; 3° enfin, de ne
jamais que des bras seulement, ayant bien soin de se gar
prendre un point d'appui sur le lit avec un pied, comme po
pendre en quelque sorte à l'instrument.

En conséquence, du moment que vous verrez la force de
bras ne pas suffire à entraîner la tête du fœtus, vous soup
nerez un obstacle que le forceps seul ne peut vaincre; vous r
viendrez, néanmoins, à cet instrument à une ou deux repris
en laissant à la femme, après chacune, au moins deux ou t
heures de repos; et, quand vous aurez acquis la certitude de
pouvoir réussir ainsi, c'est à la céphalotripsie que vous reco
rez plutôt qu'à l'application d'une force de traction aveugle
doit exposer gravement la mère, et ne sauver que bien rare
l'enfant.

Telle était la règle de conduite de P. Dubois, et telle e
encore celle de son digne élève le professeur Pajot. Re
fidèle à ces derniers errements, et gardez-vous des appare
tractions continues et progressives qui, d'après une statis
de 1872, du reste, sur 30 accouchements faits avec les machin
de Chassagny ou de Joulin, n'ont pas fait périr moins
10 femmes et de 20 enfants, et sur 7 accouchements faits a
des moufles adaptés au forceps (procédé Tarnier), n'ont pe
de sauver que 5 femmes et 2 enfants, résultat peu avanta
Dans ces 37 cas, puisqu'on réussissait à faire passer la
entière à travers le canal pelvien, le rétrécissement n'était év
demment que très-modéré; or, il me semble qu'en y mett

un peu plus de patience, avec le forceps seul, mû par la seule force de leurs bras, et appliqué à diverses reprises, après des temps de repos de deux ou trois heures, ces opérateurs auraient peut-être perdu autant d'enfants, mais assurément beaucoup moins de femmes. Et, enfin, j'admets qu'après une troisième tentative par le forceps seul, ils eussent jugé nécessaire de terminer l'accouchement, ce n'était pas à une force aveugle qu'ils devaient recourir pour cela, mais bien au céphalotribe, qui sacrifie l'enfant, cruelle extrémité! mais qui, dans le cas de faible rétrécissement du bassin, sauverait presque toujours la mère, s'il était habilement pratiqué.

Croyez-moi, bornez-vous à faire l'acquisition du forceps de Levret modifié, du forceps *classique*, en un mot; car, tout simple qu'il est en apparence, il vous suffira dans tous les cas où la tête du fœtus ayant de la peine à franchir la filière pelvienne, il vous faudra aller la saisir et l'amener de force. C'est mal à moi de me vanter; mais j'y suis obligé, dans la circonstance, pour vous montrer que ce n'est pas seulement le théoricien, engoué du forceps français, qui vous parle; j'ai jusqu'ici employé cet instrument 92 fois (dont 13 pour angustie prononcée du détroit supérieur (entre 8 et 9 cent.), et 3 pour rapprochement anormal des ischions), et, non-seulement j'ai pu, avec la seule force de mes bras, arriver toujours à l'achèvement de l'accouchement, mais encore y arriver avec ce résultat extraordinaire, que pas une seule fois la femme n'a été mise en danger, et que 90 fois l'enfant a vécu. Assurément, usant d'une force aveugle adaptée à mon forceps, je n'eusse pas eu pareil succès.

Charrière père, en 1855, me disait, en me livrant le forceps *brisé* de Pajot, qui n'est que le forceps de Baudelocque, rendu plus portatif sans en être moins solide : « Voilà un instrument qui est aujourd'hui à son summum de perfection ; il n'a plus aucune modification à subir, ni dans la profondeur de ses cuillers, ni dans leur largeur, ni dans leur courbure latérale ; le mode d'articulation des branches, de plus, est parfait. Tel il est, tel il restera. C'est le roi des instruments. » Baudelocque l'avait déjà dit : « Le forceps pourrait passer pour le plus utile de tous

les instruments de chirurgie, nul autre n'ayant comme lui le double avantage de conserver la vie à plusieurs individus à la fois, sans nuire à aucun d'eux. » Et Tarnier lui-même, malgré sa glissade malheureuse vers l'emploi des moufles, le répète (V. art. *Forceps* du Dict. de méd. et de chir. pratiques) : « Dans l'immense majorité des cas, dit-il, le forceps *ordinaire* suffit si bien qu'on peut considérer la multiplicité des forceps comme un luxe inutile d'instrumentation. »

Ce qu'il y a de certain, c'est que c'était l'unique forceps des Baudelocque, des Capuron, des Desormeaux, des A. Dubois, des Boivin, des Lachapelle, des Dugès, des Danyau, des Paul Dubois, et que c'est encore l'unique forceps dont se servent nos maîtres accoucheurs actuels, presque sans exception : que pourrait-on ajouter de plus pour le recommander? Et comment comprendre, après cela, qu'on ait pu songer à le remplacer par des machines comme celles désignées plus haut?

j. *Percé-crâne.* — J'ai adopté le perce-crâne de Blot, parce que c'est celui qui se manœuvre le mieux d'une seule main.

Les tréphines de Hubert, de Leisnig et de F. Guyon sont de bons instruments, mais seulement pour agir sur la tête du fœtus restée seule dans la matrice, après décollation, et se présentant dès lors par sa base.

k. *Céphalotribe.* — Il y a presque autant de céphalotribes différents que de forceps ; je puis donc encore vous être utile en vous aidant dans votre choix.

Le céphalotribe de Baudelocque, à manivelle, n'est plus guère employé, ses cuillers, trop courtes et pas assez recourbées, broyaient bien, mais saisissaient mal, lâchaient prise facilement.

Le céphalotribe de Cazeaux, modification du précédent, mors plus étroits, mais plus longs et plus recourbés vers leur extrémité, — muni, en outre, d'un genre d'articulation permettant à ces mors de s'écarter par leur base et de se rapprocher d'autant par leurs becs, — qui, dès lors, retiennent mieux la partie broyée, — est, au total, un bon instrument, malgré sa manivelle qui est gênante quand la femme ne peut écarter suffisamment les cuisses.

Le céphalotribe de Chailly a, dans sa courroie de cuir qui s'enroule sur l'un des manches, un mauvais mécanisme pour le rapprochement de ses branches.

Il en est de même du céphlotribe de Depaul. Sa chaîne à la Vaucanson, mise en mouvement à l'extrémité du manche de la branche gauche au moyen d'une clef à pignon, et arrêtée, à chaque cran, par un cliquet qui l'empêche de se dérouler, est d'une structure délicate et susceptible d'une prompte détérioration ; la moindre usure des dents du pignon fait qu'il ne marche plus.

La céphalotribe de Blot (dont j'aurais été en droit de revendiquer l'idée) est préférable ; il est plus simple, plus solide et plus facile à manœuvrer.

La céphalotribe de Trélat, à branches plus élastiques, à cuillers un peu plus larges, pouvant saisir plus solidement la tête une fois broyée, sans pourtant que les mors aient des crochets, comme dans les céphalotribes précédents, est aussi un bon instrument ; Tarnier en fait l'éloge.

Le céphalotribe de Bailly, à cuillers fenêtrées, bien que toujours étroites et fortement rugueuses en dedans, doit encore mieux que celui de Trélat retenir la tête une fois broyée. A cause de cela, — si je n'avais déjà celui de Blot, — c'est celui que je choisirais.

Enfin, il y a encore le céphalotribe d'un Italien, de Locarelli, qui doit être très-bon également. Son mécanisme de pression est une vis à poignée, comme la poignée d'une clef de piano. La vis passe librement dans une grande ouverture de l'extrémité du manche de la branche *droite*, et entre dans un écrou brisé, à charnière, que porte l'extrémité du manche de la branche *gauche*. C'est le mécanisme le plus simple, celui qui permet le mieux le rapprochement et la séparation rapide des deux branches ; et puis, la branche gauche est plus courbée en dedans, immédiatement au-dessus de l'entablure, pour aller s'appliquer au besoin sur la bosse pariétale qui regarde le promontoire, et la branche droite moins courbée, au même niveau, pour aller s'appliquer au besoin sur l'autre bosse pariétale, celle qui correspond aux pubis.

Si vous faites l'acquisition du céphalotribe de Blot, vous aurez en lui un bon instrument, je le répète ; toutefois, vous auriez encore mieux, si, au céphalotribe de Bailly, vous fassiez adapter le mécanisme de pression si ingénieux du céphalotribe de Locarelli.

Voilà pour les vrais céphalotribes.

Mais, il y a encore d'autres instruments plus compliqués, par exemple :

Le céphalotribe complexe *à lance*, de Valette, de Lyon (lance qui va perforer le crâne une fois saisi, en glissant sur l'articulation même des branches, de bas en haut) ;

Le céphalotribe *à terebellum* des frères Lallini (terebellum qui, lorsque le crâne est saisi, peut aller le perforer, en cheminant de bas en haut dans un trou taraudé que présente l'articulation des deux branches entre elles).

Le forceps-scie de Van Huevel, instrument très-compliqué, très-susceptible de cassure, d'un prix élevé, du reste, ce qui ne le met pas à la portée de tous, — mais dont quelques accoucheurs disent beaucoup de bien, néanmoins, particulièrement Hyernaux, de Bruxelles, et Verrier, de Paris. Van Huevel et Hyernaux disent l'avoir appliqué très-souvent, et avec un succès complet, dans des cas de rétrécissement du bassin, à 55 millim. et même 45. D'un autre côté, nous voyons Naegelé et Grenser le déclarer nettement d'une construction et d'une manœuvre trop compliquées et douter fort qu'il puisse jamais entrer dans la pratique. Toujours est-il qu'il a été essayé un certain nombre de fois en France, et surtout en Allemagne, et que, malgré l'avantage qu'il aurait, en la sciant en deux parties, de réduire le volume de la tête plus qu'aucun autre instrument, il n'a pas été jugé jusqu'ici favorablement.

Il y a enfin le *transforateur* de E. Hubert. Hubert le préfère au forceps-scie de Van Huevel et même au meilleur des céphalotribes les plus connus. Voici son mécanisme, il est intéressant : Le terebellum ou perforateur est introduit, d'abord, jusqu'à ce que le poinçon qui le termine, après avoir traversé la cavité crânienne, soit fixé sur la gouttière basilaire ou sur le corps du sphénoïde : puis, la cuiller de la branche protectrice

est engagée, entre la paroi pelvienne et la tête, comme la cuiller d'un forceps quelconque. La gouttière de la tige qui porte cette cuiller est alors mise en rapport avec la tige ronde du perforateur, et, quand ce rapport est bien solidement établi, on peut faire agir ce dernier ; sa pointe ira se loger dans une petite cavité qu'offre exprès l'extrémité de la cuiller ; comme cela on est sûr de n'attaquer que la base du crâne, une fois disloquée, la tête se réduit par le chevauchement des os les uns sur les autres, et, si l'on tire, elle peut très-bien franchir le canal pelvien retréci. Mais, pour bien faire, il faudrait perforer la base du crâne plusieurs fois, dans des points différents, avant de commencer les tractions. Le nombre des perforations, du reste, serait en rapport avec le degré du rétrécissement pelvien.

Tout ingénieux qu'est cet instrument, passera-t-il mieux dans la pratique que celui de Van Huevel ? C'est douteux.

En résumé, je ne vous conseillerai pas de faire l'acquisition d'aucun de ces instruments complexes, mais bien tout simplement, d'avoir le céphalotribe de Blot, ou mieux encore, le céphalotribe de Bailly, modifié comme je vous l'ai dit. Ce dernier, tout aussi propre que l'autre à broyer la tête, aurait l'avantage, à cause de ses cuillers fenêtrées, de prendre une prise plus solide sur la tête brisée et d'être un meilleur extracteur.

1. *Céphalotome.* — Pour pratiquer la décollation, quand l'embryotomie sera devenue nécessaire, de quel instrument vous servirez-vous ?

Car, il y a, pour cela, les grands ciseaux du P. Dubois, droits ou courbés, — le crochet de Braun, — l'embryotome caché de Jacquemier, et le fil-à-fouet du professeur Pajot ; pour ne parler que des instruments les plus connus.

Lorsque le tronc du fœtus est complètement au dehors et que la tête seule reste enclavée au détroit supérieur, ou arrêtée au-dessus de ce détroit par sa déflexion anticipée, — avec les ciseaux de P. Dubois, on sectionne facilement le cou. J'ai fait cette opération trois fois de cette façon et je n'ai éprouvé aucune difficulté. Mes cinq doigts de la main gauche étant introduits dans le vagin, pour protéger les parties molles de la mère contre les écarts des ciseaux, — *à petits coups* je coupais, avec

ceux-ci, très-aisément les vertèbres cervicales comme le reste.

Mais si le fœtus se présentait en travers, l'épaule très-engagée déjà, et qu'il fût impossible d'aller chercher les pieds, je crois que si j'avais à ma disposition le crochet de Braun (V. sa description dans Nægele), je m'en servirais de préférence aux ciseaux; il ne doit pas être d'une mise en place ni d'une manœuvre difficiles. L'important est de bien protéger avec la main gauche, le pouce par devant, les quatre autres doigts par derrière, les parties molles de la femme, pendant qu'on brise et déchire le cou de l'enfant par des mouvements vigoureux de rotation et de traction tout ensemble.

Et si, par une sorte de sonde à ressort, dans le genre de la sonde de Bellocque, on venait à rendre facile le passage par-dessus le cou du fœtus du fil-à-fouet préconisé par le professeur Pajot, je préférerais éncore ce dernier moyen de section, comme plus simple et surtout plus expéditif. Il ne faut pas une demi-minute pour sectionner ainsi le tronc d'un fœtus à terme, serait-ce même au niveau du thorax. Aux mouvements rapides et vigoureux de *va-et-vient* de cette simple ficelle, il n'y a pas chez l'enfant naissant, un seul tissu qui résiste, pas même les cartilages déjà en voie d'ossification. Mais, malheureusement, peu de praticiens sont doués de la dextérité de l'auteur du procédé, et le moyen qu'il propose pour passer la ficelle par-dessus le fœtus et l'amener à la main de l'opérateur, n'est pas pour tous facile à exécuter. La calotte de plomb dont on coiffe le bouton du crochet mousse du forceps et qui doit entraîner le fil, ne vient pas toujours se présenter en haut du vagin par son propre poids ; il faut aller à sa recherche, avec les doigts ou avec une pince, et le temps perdu dans ces tâtonnements est, dans un pareil moment surtout, très-regrettable. N'était cela, le procédé du professeur Pajot, dit du *fil-à-fouet*, ne laisserait rien à désirer et serait celui, par conséquent, que je vous conseillerais de suivre.

Quant à l'embryotome *caché* de Jacquemier, c'est un instrument auquel vous ne devez pas songer. Il est compliqué d'une structure délicate, et certainement d'un prix élevé.

Voilà, cher confrère, de quels instruments vous devrez com-

poser votre caisse d'accoucheur ; douze pièces seulement, au total, mais toutes plus ou moins essentielles. Quand vous saurez vous servir avec habileté du forceps et du céphalotribe, et que vous saurez aussi, bien entendu, vous servir avec non moins de dextérité de vos mains, dans le cas où elles suffisent seules, vous arriverez sans inquiétude auprès d'une femme en mal d'enfant, certain que vous serez de pouvoir parer à toutes les irrégularités qui pourront se présenter.

Et, si vous vouliez ajouter à cela, dans votre caisse :

1° Une grande sonde élastique, armée de mandrin, pour provoquer l'avortement ;

2° La sonde à double courant de Stolz, pour injections intra-utérines;

3° Le colpeurynter de Braun, pour tamponnement rapide ;

4° Une pince à faux-germe, nouveau modèle ;

5° La curette de Pajot, pour l'extraction du placenta retenu dans l'utérus après avortement ;

6° Un compas de Baudelocque, facile à démonter;

7° Une longue pince à polype, courbe ;

8° Le dilatateur utérin de Tarnier, pour provoquer l'accouchement ;

9° Un morceau d'éponge préparée, idem ;

10° Un flacon contenant 25 à 30 grammes de chloroforme ;

11° Un autre flacon contenant une égale quantité de perchlorure de fer liquide ;

12° Enfin, dans un troisième flacon à large tubulure, quelques grammes de seigle ergoté en grains ;

Vous vous trouveriez muni, — ce qui importe quand vous allez au loin, — de tout ce qui est nécessaire : pour arrêter une métrorraghie ; hâter l'achèvement d'une fausse-couche ; — provoquer même cet accident (avortement médical) ; — apprécier le degré d'un retrécissement du bassin ; — mettre un accouchement en train, avant terme (accouchement prématuré artificiel) ; — arrêter momentanément la perte de sang, dans le cas de vicieuse implantation du placenta, jusqu'à ce que la dilatation du col permît de faire la version ; — venir à bout d'un accouchement à terme, quelque difficulté qui se présente ; —

raviver l'enfant s'il naît asphyxié ; — et combattre, chez la mère, l'hémorrhagie quelquefois si épouvantable qu'entraîne avec elle l'inertie utérine consécutive, si l'on n'a su la prévenir.

5 juin 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES JUMEAUX

Par le Dr Ahlfeld (1).
Privatdocent à l'Université de Leipzig.

Traduction par le Dr L. E. DUPUY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite.)

Obs. XX. — Hecker, 1865.

Monatchsrift für Geburtskunde, 1865, fascicule 1.

Une femme secondipare, offrant un développement exagéré du ventre (113 cent. de circonférence), conséquence d'hydramnios 4,500 grammes), accoucha, au huitième mois de la grossesse, d'un garçon pesant 2,420 grammes et mesurant 21 centimètres. L'enfant s'étant présenté par les pieds fut facilement extrait jusqu'à la tête, mais celle-ci ne put être dégagée que par l'action combinée des mains.

Une tumeur plus grosse que le poing d'un homme se dégageait de la bouche largement ouverte ; les maxillaires supérieur et inférieur n'étaient point réunis sur la ligne médiane ; en haut existait une fente de 3,25 centimètres, en bas une autre de 4,5 centimètres. (Voy. Pl. V, fig. 11.)

La fente du maxillaire supérieur se poursuivait tout le long du palais ; le maxillaire inférieur du côté gauche était brisé. Les maxillaires inférieurs étaient amincis comme des arêtes, et ne présentaient naturellement aucune formation dentaire.

La tumeur s'insère par une large base à toute la moitié droite de la cavité buccale; commençant à la rangée dentaire du maxillaire supérieur droit, elle s'étend le long de la partie droite du palais jusqu'au pharynx, au dos de la langue (ne laissant libre que 1,5 centimètres de la pointe de cet organe) et à toute la partie droite de la joue.

A l'œil nu, elle semble s'être développée derrière la muqueuse

---

(1) *Extrait des Archiv für Gynækologie*, tome VI, fascicule 2. Voir les *Ann. de Gyn.*, t. III, p. 369.



Fig. 11.



Fig. 12

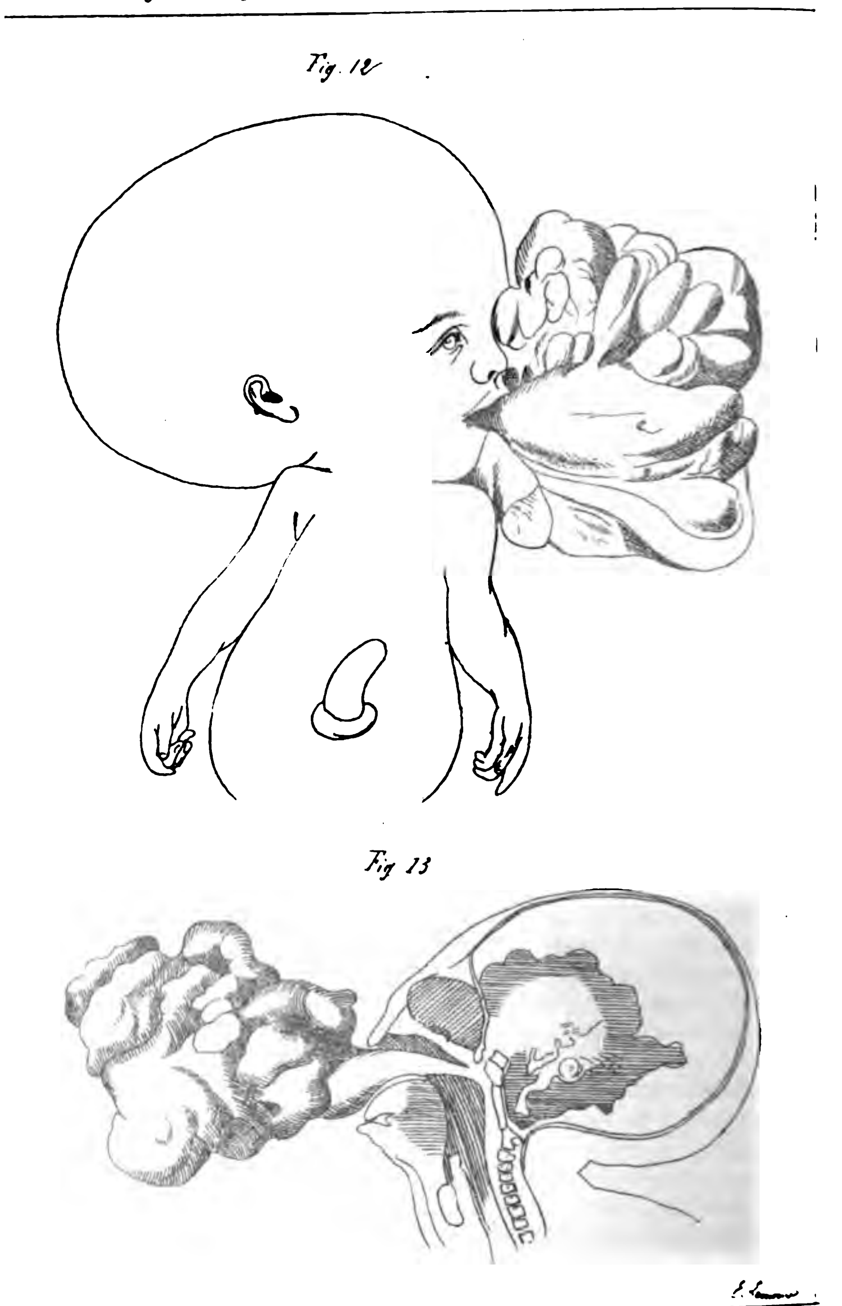


Fig. 13

E. Lamare

buccale et être recouverte en grande partie par celle-ci qui est hypertrophiée, surtout à ses limites.

Plus loin, la muqueuse devient plus mince et finalement elle est interrompue, de telle façon qu'il ne persiste à la surface de la tumeur que quelques îlots de muqueuse qui finissent eux-mêmes par disparaître.

La tumeur est mamelonnée, lobulée. Plus on se rapproche de son insertion, plus on lui trouve une consistance cystique; en s'en éloignant, elle devient, au contraire, plus molle et comme traversée par un grand nombre de noyaux cartilagineux. Le microscrope découvre dans les différents lobes de la tumeur des cellules analogues aux cellules cérébrales embryonnaires.

Le larynx, la cavité crânienne et le cerveau sont complètement normaux.

Obs. XXI. — Rippmann, 1865.

Ueber einen bisher nicht beobachteten Fall multipler Intrafötation. Dissert. Zürich, 1865.

Une tertipare, âgée de 28 ans, dont le ventre était considérablement développé (110 cent.), par suite d'hydramnios, et dont les pieds présentaient de l'œdème, accoucha d'une fille pesant 1550 grammes; la femme était arrivée au sixième mois de la grossesse. L'enfant s'était présenté par les pieds et l'extraction de la tête avait présenté des difficultés.

Le placenta était œdémateux: il existait un œdème gélatiniforme entre l'amnios et le chorion.

Le cordon ombilical, long de 40 centimètres, était mince et pauvre en gélatine.

Le corps du fœtus est normalement constitué, à l'exception de la tête qui a deux fois le volume ordinaire.

De la bouche sort une tumeur dont les dimensions dépassent celles de poing. Les os du crâne sont mous et sans consistance. A l'ouverture de la boîte crânienne, il s'écoula une grande quantité de liquide hydrocéphalie). Le cerveau et la partie de la tumeur qui s'y trouvent sont ramollis sous forme de bouillie. La tumeur a pris racine en partie dans la masse cérébrale et en partie dans les ventricules latéraux. Les méninges sont également macérées. (Voy. Pl. VI, fig. 12 et 13.)

La tumeur extérieure a de 16 à 18 centimètres de long, de 8 à 10 centimètres de large. Les noyaux sont entourés d'une membrane résistante, analogue à une séreuse.

Dans l'intérieur de la tumeur, on trouve une partie osseuse analogue à un maxillaire inférieur.

A l'examen microscopique, on trouve les tissus les plus divers, mais avant tout du tissu cérébral et du tissu glandulaire (tissu hépatique normal).

La tumeur interne est, d'une façon générale, identique à la tumeur externe. On trouve, en outre, des extrémités avec doigts ou orteils et un cordon ombilical.

Le pédicule de la tumeur externe traverse la base du crâne ; celui de la tumeur interne se développe en forme de coude et se relie au premier; au niveau de la selle turcique, l'hypophyse cérébrale fait défaut.

Obs. XXII. — Arnold, 1870.

Archives de Virchow, vol. 50, p. 482.

Une quartipare de 28 ans accoucha normalement d'un enfant, qui présentait une grosse tumeur faisant saillie hors de la bouche.

Les enfants antérieurs de la même femme étaient bien conformés le cours de la grossesse fut exempt de toute complication.

L'enfant vécut, fut nourri artificiellement, mais avalait souvent de travers. Il mourut de pyémie le sixième jour, la tumeur commençant à se détruire.

Outre une fissure de la voûte palatine et diverses malformations du crâne et de la cavité buccale, l'enfant présentait encore un pied bot valgus.

La tumeur siége en partie dans la cavité crânienne et sort en partie de la bouche. Les deux parties sont réunies par un pédicule ayant 1 centimètre d'épaisseur et traversant la base du crâne. La tumeur s'étend dans la cavité crânienne depuis la selle turcique jusqu'à la portion écailleuse droite du temporal et se trouve renfermée dans la poche de la dure-mère. Elle a la grosseur d'une noisette. La grosse tumeur envoie ses prolongements dans la cavité ethmoïdale ; mais ceux-ci ne sortent point par les narines. (Voy. Pl. VII, fig. 14 et 15.)

La surface de la tumeur est recouverte de peau normale, dans laquelle on peut démontrer la présence de petits cheveux et de glandes sudoripares ou sébacées.

A plusieurs places, se trouvent des cheveux longs, foncés, formant de petits amas. Dans la portion qui sort de la bouche existent des excroissances, des prolongements, etc.

Dans un sillon on trouve de petites cavités et une ouverture tapissées de muqueuse.

La surface de la tumeur est reliée au dos de la langue par un pédicule large et un peu aplati ; la langue est attirée légèrement dans le sens de celui-ci.

Dans l'intérieur se trouvent des cavités remplies d'une substance caséeuse, colorée en rouge, de graisse, d'un fragment de cartilage hyalin, de faisceaux musculaires striés transversalement, d'acini glandulaires.


Fig. 14
Fig. 15
Fig. 16

Obs. XXIII. — J. Baart de la Faille, 1874.

Iets over den Epignathus, eine teratologische Bydrage. Gronnigen, 1874, cas I.

Un enfant à terme présentait en venant au monde une tumeur faisant saillie hors de sa bouche et dont la circonférence dépassait celle de sa tête. Celle-ci était formée de 30 cotylédons ; quelques-uns ont le volume de fèves, mais la plupart atteignent celui d'une noix. De chaque narine sort un polype. (Voy. Pl. VII, fig. 16.)

La tumeur a poussé ses racines dans les cavités orbitaires. En haut elle se prolonge sous forme de large pédicule qui traverse de haut en bas la selle turcique et se perd en cet endroit.

La glande pituitaire fait défaut. Dans quelques-uns des lobules de la tumeur, on trouve des os plats triangulaires ou quadrangulaires. Deux cotylédons renferment les rudiments d'extrémités infantiles pourvues d'orteils et de doigts.

Au microscope on trouve partout des noyaux (cellules cérébrales), du tissu conjonctif et de petits fragments osseux.

Obs. XXIV. — J. Baart de la Faille, 1874, cas II.

Fœtus très-amaigri, du sexe féminin, et de 5 mois environ.

Une tumeur, grande comme la surface de la main, sort de la bouche de celui-ci ; deux acéphales sont fixés à la tumeur par un cordon ombilical. D'après leur grosseur, ces deux monstres doivent être âgés de quatre mois environ. (Voy. Pl. VIII, fig. 17.)

La consistance de la tumeur est molle ; dans son intérieur se prolonge le cordon dont il a été parlé ; celui-ci se divise ensuite pour gagner l'ombilic des acéphales. Il ne fut point possible d'y trouver de vaisseaux sanguins.

A un examen attentif on remarque que la tumeur semble venir du larynx et, plus loin, se dégager d'une fente de la voûte palatine. On peut suivre un cordon court et épais qui traverse la selle turcique à laquelle il vient se fixer.

Le cordon long et mince, auquel sont fixés les acéphales, se prolonge également à travers la fente palatine jusqu'aux apophyses clinoïdes antérieures de la selle turcique. Les acéphales ont été nourris par les vaisseaux sphéno-palatins.

La masse cérébrale est en putréfaction ; le cervelet est plus ferme et n'a aucun rapport avec la néoformation.

Obs. XXV. — Neuffler, 1874.

Würtembergisches Correspondenzblatt, XLIV, 11, p. 80.

Une primipare, âgée de 29 ans, accoucha spontatanément, au sixième mois, d'une fille morte et longue de 33 centimètres. La grossesse

avait été très-douloureuse, surtout à cause du fort développement du ventre.

Après la sortie de l'enfant, la femme accoucha encore d'une tumeur isolée et d'un placenta. La tumeur, sortant de la bouche, pendait sur le bas-ventre. Elle avait un large pédicule dont la longueur était de 3 centimètres, fixé au palatin gauche. Ce dernier était perforé et, par une ouverture ayant le diamètre d'une plume d'oie, deux polypes s'étaient insinués dans la cavité des fosses nasales.

La tumeur mesure 13 centimètres de long, 9 de large et 5 d'épaisseur. Au-dessous d'elle pend une deuxième tumeur qui lui est reliée par un mince pédicule ; une troisième tumeur se trouve enfin reliée à la précédente ; elle est de consistance ferme et contient un os ayant une longueur de 2 centimètres.

Obs. XXVI. — Ahlfeld, 1874.

De la bouche d'un enfant du sexe féminin, accouché avant terme et mesurant 36 centimètres de longueur, sort une tumeur plus volumineuse que la tête du fœtus. Elle a 10 centimètres de long et 7 centimètres de large. (Voy. Pl. VIII, fig. 18.)

Sa forme générale est arrondie; elle est munie d'un pédicule qui s'amincit en se rapprochant de la cavité buccale.

Le pédicule a un diamètre de 1,25 centimètres et une forme assez exactement orbiculaire. Il n'est pas simple, mais il s'en détache au contraire des faisceaux qui vont à la voûte palatine et à la paroi postérieure du pharynx.

La surface de la tumeur présente plusieurs appendices qui ont de la ressemblance avec des doigts ou des orteils.

Dans une de ses excroissances on trouve la matrice d'un ongle.

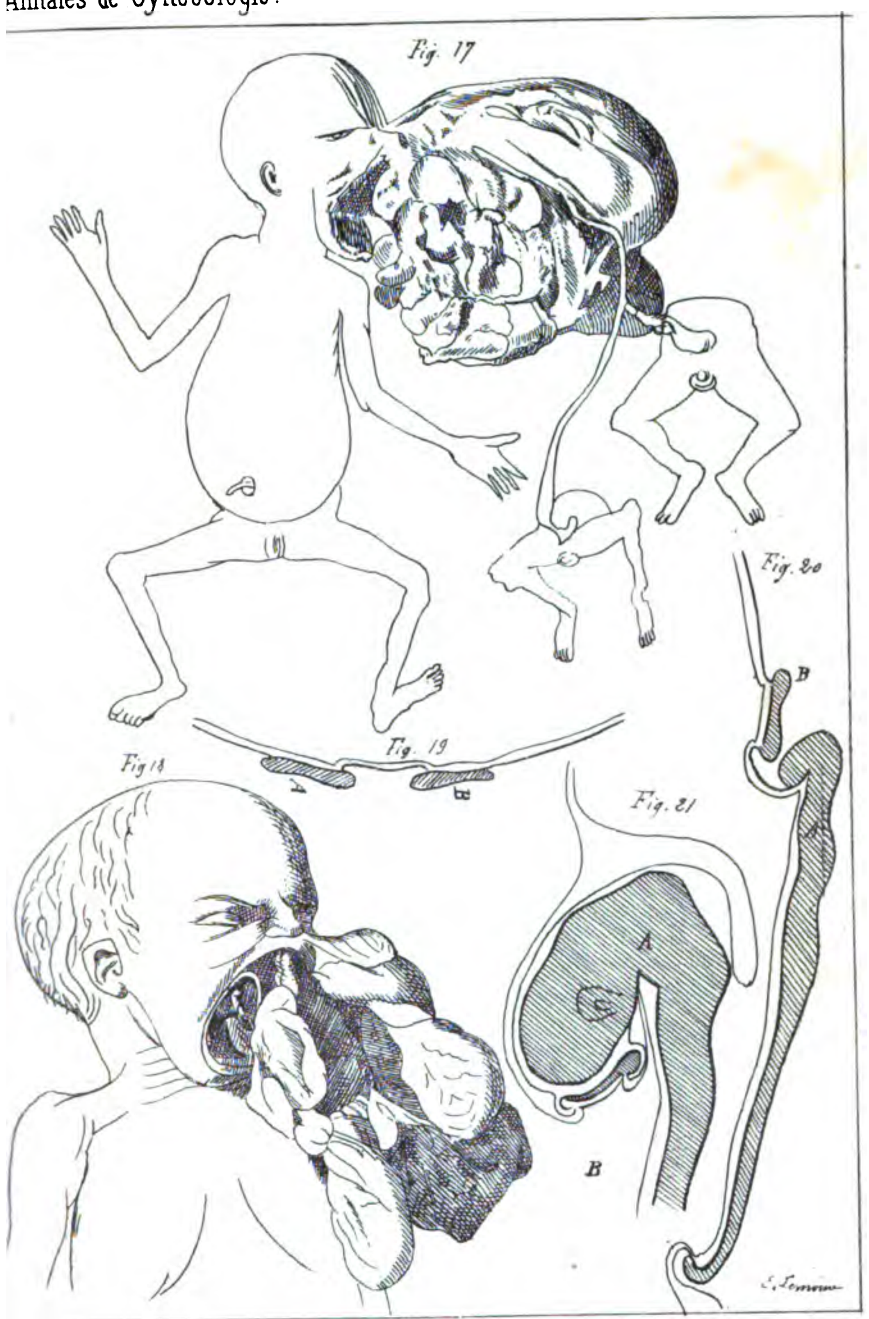
Les téguments de cette tumeur consistent en une peau ferme et garnie d'un duvet très-fin. Le tissu cellulaire sous-cutané est assez riche en graisse.

Cette préparation étant l'unique exemple d'une collection, il ne fut pas possible d'en bien examiner le contenu. On dut se contenter de faire quelques incisions qui ouvrirent les parois des kystes renfermant des cellules cérébrales embryonnaires ; dans d'autres kystes on trouva un liquide épais et filant. Plus loin on tombait sur plusieurs petits fragments cartilagineux. Une incision conduisit sur un os long qui était relié à un os plat.

Je trouvai, en outre, un os plus gros, conformé d'une façon particulière ; il présentait une petite ouverture par laquelle se dégageait un cordon nerveux.

De chaque côté de cet os couraient deux grosses artères et deux grosses veines.

Pour mieux vérifier les conditions dans lesquelles se trouvaient la



Imp. Janson _ Paris.

base du crâne et la cavité buccale, on fendit le crâne exactement sur la ligne médiane. La base du crâne est normale. On peut suivre nettement la sortie de tous les nerfs crâniens.

L'hypophyse cérébrale a son volume et sa place normaux.

Après l'ouverture du rocher on peut constater que les osselets de l'ouïe avaient leur développement normal.

La bouche et l'arrière-bouche sont tapissées par une muqueuse dans laquelle viennent s'insérer les prolongements du pédicule. Les parties latérales du palais sont seules développées ; il existe une fente palatine congénitale. La cloison des fosses nasales est conservée. Des lobules de la tumeur remontent de chaque côté dans les fosses nasales et viennent adhérer fortement aux muscles ; une partie de celle-c s'engage dans la narine gauche et à sa sortie s'épanouit en forme de grosse bourse, mesurant 3 centimètres de longueur.

La bouche est largement ouverte. La lèvre supérieure est à une distance de 4,5 centimètres de l'inférieure. La distance latérale de l'angle de labouche mesure 3,75 centimètres, mais la peau recouvre encore en grande partie les angles des maxillaires supérieur et inférieur, de telle façon que l'entrée de la bouche du côté de la tumeur n'est représentée que par cette fente cutanée et semi-linéaire.

Faut-il considérer comme des épignathes les différents cas qui viennent d'être énumérés, ou, en d'autres termes, peut-on admettre que ces diverses tumeurs siégeant dans la cavité buccale, proviennent de l'inclusion d'un deuxième fœtus? Il n'est permis de faire à ce sujet, aucune affirmation précise. En effet, dans un certain nombre de cas, il n'est point possible de se livrer à une critique sérieuse, faute de renseignements suffisants.

Avant tout, il nous manque encore le criterium permettant d'affermir que telle tumeur provient réellement d'un deuxième fœtus.

Les tumeurs ne présentaient pas toujours dans leur intérieur, d'une façon nette, les éléments constituants d'un deuxième fœtus, ou, du moins, elles ne renfermaient que des parties fœtales telles que des dents, des cheveux, des os et des morceaux de cartilages qui ne permettent pas, jusqu'à présent, d'affirmer l'existence de la superposition d'un deuxième fœtus. Un cas d'hydrencéphalocèle, publié par Virchow dans le tome I, page 188 de son *Traité des tumeurs pathologiques*, démontre que d'autres tumeurs de la base du crâne peuvent en imposer pour des épignathes.

Comme j'aurai occasion de revenir plusieurs fois dans le cours de ce travail sur cette préparation, je vais la décrire à cette place :

Préparation nº 33 de l'année 1862.

Hydrencéphalocèle palatine d'un enfant nouveau-né.

De la bouche entr'ouverte sort une tumeur ayant le volume d'une petite pomme, irrégulière et bosselée; elle semble se fixer à l'os palatin. En pratiquant une coupe, on constate que le palatin et le vomer ont été repoussés en avant et en haut par la tumeur et que celle-ci sort de la cavité crânienne par une large ouverture placée immédiatement en avant du sphénoïde et en arrière de l'ethmoïde, encore à l'état cartilagineux.

La sphénoïde est complètement disloqué par la tumeur en bas et en arrière ; son union avec le vomer est rompue et cet os ne tient plus qu'à l'ethmoïde.

La partie antérieure de la poche est formée par une cavité à parois lisses et tapissée par la dure-mère.

En bas et en arrière, plusieurs cavités petites et irrégulières se mettent en rapport avec la cavité principale ; en haut se trouve la masse encéphalique, qui se prolonge dans la cavité et constitue le cerveau proprement dit.

Nous ne devons pas oublier, du reste, qu'il arrive souvent que des tumeurs se produisent au plancher de la cavité crânienne, précisément à la place même où se faisait, dans un certain nombre de cas, l'insertion de la deuxième inclusion fœtale. Or ces tumeurs, lorsqu'elles ont un volume considérable, peuvent en imposer parfaitement pour un épignathe. Citons à ce sujet les tumeurs gélatineuses décrites par Virchow (*Würtzburger Verhandlungen*, vol. VII, fascicule 2), Luschka (*Archives de Virchow*, t. XIII, p. 8), Ham (Id., t. XI, p. 395), Zenker, etc...

Parmi les 26 observations rapportées plus haut, se trouvent 4 faits dans lesquels on ne dit rien de précis pouvant faire admettre l'existence d'un organe fœtal.

Ce sont les observations d'Otto (obs. 11 et 12), de Blindell (obs. 5) et d'Arnold (obs. 22). Néanmoins, j'ai rangé ces faits avec les autres exemples d'épignathe, pour des raisons sur lesquelles je reviendrai plus loin.

Quant aux mères des épignathes, il est fait mention, dans 12 cas, si elles avaient, oui ou non, déjà conçu.

2 d'entre elles étaient primipares;
3 — secondipares;
2 — tertipares;
2 — quartipares;
3 — multipares.

En somme, 2 d'entre elles étaient primaires, et les 10 autres multipares.

Dans 6 cas, nous connaissons l'âge de ces femmes, à savoir: 22 ans (2 pare), 27 ans (1 p.), 28 ans (3 p.), 28 ans (4 p.), 29 ans (1 p.), 31 ans (m. p.). Au nombre plus grand des multipares, correspond aussi une proportion plus forte de femmes relativement âgées. Les deux primipares étaient également d'un âge assez avancé.

Aucune des mères, autant que les données permettent de l'affirmer, n'avait eu antérieurement des enfants mal conformés ou des jumeaux.

Quant au cours de la grossesse, nous n'avons que des renseignements insuffisants à ce sujet : quatre fois il est fait mention que le cours de la grossesse se poursuivit sans aucune complication, trois fois au contraire on constata un fort développement de l'abdomen (hydramnios) ayant occasionné des douleurs. Le développement abdominal est fixé, dans ces cas, à 113 cent., 110 cent., et correspond au neuvième mois de la grossesse, bien que l'âge des fœtus fût dans un cas de 8 mois et, dans les 2 autres, de 6 mois. Chez une femme on observa, au 7e mois, une douleur fixe dans la région de l'estomac.

Dans deux observations, on peut attribuer la cause de la malformation à divers événements survenus dans le cours de la grossesse; ainsi la femme de l'observation 12 aurait vu, au deuxième ou au troisième mois de sa grossesse, un cheval mort qui tirait la langue.

Chez la femme de l'observation 14, la cause de l'épignathe aurait été une chute sur le ventre.

Dans 5 cas seulement, la grossesse atteignit son terme nor-

mal. Une jois le fœtus était presque à terme; 14 fois il fut viable, 2 fois non viable. Six observations ne renferment aucune indication de l'âge. Parmi les 16 fœtus nés avant terme ou même avant leur viabilité, l'un avait 8 mois, deux avaient de 7 à 8 mois, cinq avaient 7 mois, cinq avaient 6 mois, et deux avaient 5 mois. Pour l'un d'eux, l'âge exact n'était point précisé.

En tenant compte à la fois des fœtus à terme et de ceux qui étaient nés avant terme, on arrive aux chiffres suivants : 6 fœtus étaient venus à terme, et 16 avant terme.

Dans 12 observations on donne quelques détails sur le cours de l'accouchement. Celui-ci fut normal dans 6 cas; l'enfant se présenta par les pieds dans une autre observation, mais accoucha naturellement, sans l'intervention de l'art.

Restent 5 observations dans lesquelles la tumeur devint un obstacle à l'accouchement.

Pour l'un de ces faits, la difficulté fut levée de la façon suivante : la sage-femme ouvrit la tumeur avec ses doigts : il s'écoula une certaine quantité de liquide et la réduction de volume, qui en fut la conséquence, permit à l'accouchement de s'effectuer.

Dans un autre cas, la nature produisit seule le même résultat. en détachant une partie de la tumeur.

Pour les trois autres faits, il y eut intervention médicale. deux fois il fallut faire l'extraction de la tête venant derrière, et celle-ci ne se fit pas sans présenter de grandes difficultés. Dans l'observation 7, on essaya d'abord sans résultat, pour une présentation du crâne, l'extraction à l'aide du forceps et du levier; on pratiqua ensuite la perforation et la version et, malgré cela, l'extraction de la tête venant derrière présenta de notables difficultés.

Dans 4 cas, le fœtus se présentait par le crâne, dans 4 cas par le siége. Il n'est pas fait mention de la présentation dans les autres cas.

L'état de vie ou de mort du fœtus est indiqué dans 12 observations; 6 fois le fœtus vivait, il était mort dans les 6 autres cas.

Parmi les 6 enfants vivants, 3 succombèrent dans la première demi-heure qui suivit la naissance; l'un vécut 36 heures.

un autre 8 jours; un dernier enfin, un peu plus de 2 ans. Ces trois derniers étaient nés au terme normal de la grossesse; parmi les trois premiers, au contraire, deux étaient venus avant terme; quant au troisième, son âge n'est point indiqué.

Les causes de la mort chez les trois enfants, nés à terme, qui ont succombé sont : *a*) introduction de lait dans la trachée; *b*) pyémie; *c*) plaie mal soignée, à la suite de l'ablation de la tumeur.

Quant au sexe, il était ainsi réparti chez 20 enfants :

Garçons 10, filles 10.

Les détails concernant ces tumeurs elles-mêmes sont plus importants que ces données cliniques.

Si nous étudions d'abord leurs caractères microscopiques, il est intéressant de déterminer leur siége, en tout premier lieu.

Dans 20 cas, la tumeur pendait hors de la bouche; dans 3 cas, elle était renfermée en partie dans la cavité buccale; dans 3 cas, elle se trouvait complètement cachée dans la cavité. Trois observations (XX, XXI et XXII) portent que la tumeur reposait en partie sur la base du crâne.

La tumeur atteignait toujours un volume très-notable, le plus souvent on la représente avec des dimensions plus grandes que la tête du fœtus développé; parfois même elle atteignait presque le volume du fœtus.

Dans ce cas seulement on pouvait, au premier coup d'œil, assigner à la tumeur, faisant saillie hors de la bouche, une origine fœtale. Pour les autres faits, il fallut avoir recours à des recherches plus exactes, afin de démontrer la présence de parties fœtales, lorsque celles-ci existaient.

L'aspect de la tumeur était généralement le suivant : la plus grosse portion sortait de la bouche, suspendue par un pédicule plus ou moins large et pendait sur la poitrine ou sur l'abdomen du fœtus.

Dans 5 cas, la tumeur ayant gagné les fosses nasales, se dégageait en partie des narines, sous forme de polype.

La masse principale de la tumeur sortant de la bouche, avait rarement une surface unie, mais se composait au contraire

plus souvent de plusieurs portions, ce qui lui donnait un aspect membrané.

La consistance était aussi fort variable, et l'on pouvait y trouver successivement soit des parties dures, soit des parties fluctuantes. Certains épignathes rappellent, par leur aspect, les kystes hydatiques.

Le tégument le plus externe de la tumeur était cutané dans les cas où elle était renfermée, en totalité ou en partie dans la cavité buccale. Lorsqu'au contraire elle faisait saillie hors de la bouche, les téguments variaient non-seulement suivant les cas, mais encore suivant les différents points de la surface d'une même tumeur.

En faisant abstraction des faits dans lesquels les parties fœtales développées étaient apparentes et devaient nécessairement être recouvertes de peau ou de muqueuse, on trouvait le plus souvent du tissu fibreux formant le revêtement externe de ces tumeurs. Cependant on observa quelques cas où la tumeur était revêtue de peau normale, bien qu'aucune partie fœtale ne fut apparente à sa surface; assez souvent cette peau présentait des poils, tantôt à l'état de simple duvet, tantôt à l'état de poils plus longs occupant certains points limités.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

SUR UN CAS D'OPÉRATION CESARIENNE

GUÉRISON DE LA MÈRE. — MORT DE L'ENFANT CINQ JOURS APRÈS LA NAISSANCE, PAR SUITE D'UNE PNEUMONIE.

Observation et réflexions.

Par le Dr Bardy-Delisle.
Chirurgien de l'hôpital de Périgueux.

L'opération césarienne passait, il y a peu d'années encore pour une des plus audacieuses de la chirurgie. L'ovariotomie

nous a appris que la large ouverture du péritoine n'est pas aussi souvent mortelle que devaient le faire supposer, au premier abord, les accidents formidables qui sont, en quelque sorte, le cachet de la pathologie de cette membrane.

Il reste, toutefois, entre les deux opérations, malgré l'analogie de la lésion chirurgicale, des différences capitales. L'atteinte portée à un organe aussi important que l'utérus dispose à l'inflammation par l'hypertrophie congestive qui résulte de la parturition; les aptitudes morbides spéciales qu'entraîne l'état puerpéral sont aussi des conditions qui établissent, au passif de l'opération césarienne, une gravité incontestablement plus grande.

A ce titre seul, les observations d'opérations césariennes, suivies de résultats heureux, malgré leur nombre assez considérable aujourd'hui, présentent toujours de l'intérêt ; elles apportent, en outre, leur contingent à la question si délicate et si controversée, dans quelques cas, des indications de cette opération.

Telles sont les considérations qui m'ont fait penser que l'observation suivante, malgré sa date déjà un peu ancienne, pourrait trouver utilement sa place dans ce recueil spécial.

Le 19 décembre 1864, un de mes confrères vint me raconter qu'il avait été appelé, le jour même, auprès d'une jeune fille enceinte, arrivée au terme de sa grossesse, et prise des premières douleurs. Cette jeune fille, âgée de 19 ans, était, me dit-il, d'une bonne santé, mais de très-petite taille, et avait la *démarche de canne*, presque toujours caractéristique d'une déformation rachitique du bassin. Le toucher lui avait immédiatement révélé un rétrécissement très-considérable du diamètre antéro-postérieur.

Le cas lui ayant paru grave, et la famille de la jeune fille étant trop pauvre pour lui donner les soins nécessaires, mon confrère était venu me prier de faire entrer cette personne dans mon service de maternité, à l'hôpital.

Elle y fut admise à trois heures du soir, et je l'y suivis immédiatement. Le toucher me fit constater que le sacrum, au lieu de présenter sa concavité normale, formait en avant une saillie considérable. Le diamètre sacro-pubien, mesuré avec soin à plusieurs reprises, était réduit à 5 centimètres. Le col était ramolli dans toute son étendue, et on y introduisait aisément toute la phalange unguéale de l'index, jusqu'à l'orifice interne.

A ces signes caractéristiques, il était aisé de reconnaître que la patiente était à terme. Du reste, son interrogatoire me permit de préciser l'époque de la conception.

Des douleurs lombaires, se répétant à vingt minutes ou demi-heure d'intervalle depuis quelques heures, accusaient seules le commencement du travail.

En présence d'un rétrécissement réduisant le diamètre antéro-postérieur à 5 centimètres, il n'y avait point à hésiter, et l'opération césarienne était la seule ressource. Je fis immédiatement appeler mes trois confrères de l'hôpital, MM. Parrot, Galy et Lacombe, et je fis prévenir en même temps les parents de la jeune fille. Mes confrères, après un examen attentif, opinèrent, d'un avis unanime, pour l'opération. Les parents y donnèrent leur consentement, et la malade ne fit elle-même aucune difficulté pour s'y résigner.

Quand cette résolution put être prise il était quatre heures. Malgré l'heure bien tardive, dans cette saison, et la courte durée du jour, je crus devoir me hâter d'opérer immédiatement. Je n'avais point oublié le conseil que donne Baudelocque, et qu'ont répété après lui la plupart des accoucheurs : il recommande de ne pratiquer l'opération qu'après la dilatation du col, afin que les caillots de sang et les lochies puissent trouver une issue plus facile. Malgré cette considération d'une incontestable importance, et l'autorité de la parole du maître, il me sembla qu'il était préférable d'opérer au début du travail, avant que les conditions physiologiques du sujet eussent eu le temps de subir aucune altération. Je voulus, en outre, profiter des dernières lueurs du jour. Mes confrères partagèrent mon avis.

La patiente fut complètement chloroformisée, et l'opération pratiquée selon les règles ordinaires. Une incision fut faite sur la ligne blanche, de l'ombilic à la région sus-pubienne, et une seconde incision correspondante sur la face antérieure de l'utérus. Cette dernière fut suivie immédiatement d'un énorme flot de sang qui m'obligea à faire saisir, de chaque côté, par les doigts de deux aides, les lèvres de la plaie, et à inciser très-rapidement les membranes sans prendre le temps de les soulever sur la sonde cannelée, afin d'extraire le fœtus au plus tôt. Celui-ci enlevé, ainsi que le placenta, la contraction de la matrice se fit avec énergie, et arrêta immédiatement l'écoulement du sang. La matrice fut débarrassée des caillots qui l'obstruaient, et la cavité péritonéale visitée et nettoyée avec soin. Je pratiquai sur toute la longueur de la plaie une suture enchevillée profonde, — sans y comprendre le péritoine, — avec des fils d'argent arrêtés et tordus sur deux fragments de sonde. Des bandelettes imprégnées de collodion réunirent la partie superficielle.

Sur cette suture, j'appliquai une compresse enduite de glycérine, une seconde compresse de linge fin et moelleux, pliée en plusieurs

doubles, et une large feuille de ouate recouvrant tout l'abdomen. Un bandage de corps fixa tout le pansement. Je prescrivis pour le soir 30 grammes de sirop d'opium.

Je revis la malade le lendemain, 20, à neuf heures du matin. La nuit avait été très-calme, sans douleur et sans fièvre. — Prescription : deux potages gras ; eau rougie ; réitérer le sirop, le soir.

Mais le 21 la scène avait changé. La nuit avait été mauvaise. Il y avait eu de l'agitation, des douleurs abdominales et trois vomissements bilieux. Figure animée ; peau chaude, mais halitueuse ; pouls à 150, mou et dépressible. — Bouillon ; eau vineuse ; lavement émollient. — Le soir du même jour, à cinq heures, je trouve 154 pulsations. La malade, qui était atteinte d'un rhume à son entrée à l'hôpital, a beaucoup toussé dans la journée. Cette toux est courte et fréquente ; il y a de l'oppression. L'auscultation révèle du râle sous-crépitant, sans bronchophonie, dans toute l'étendue du poumon gauche. — Looch kermétisé et opiacé ; tisane pectorale ; bouillon.

Le 22. 150 pulsations. Peau chaude et moite. L'auscultation donne le même résultat. Le ventre reste tendu et douloureux. Dans la journée, quelques envies de vomir, non suivies d'effet. — Même prescription : deux lavements émollients.

Le 23. L'oppression a diminué ; les râles sont plus rares et plus gros ; l'expectoration se fait plus aisément. 150 pulsations ; même faiblesse dans le pouls. Le ventre est encore météorisé, mais moins douloureux. La malade prend le bouillon avec moins de répugnance. Lavement miellé ; potion avec l'extrait de quinquina ; sirop d'opium le soir. Deux potages ; 3 décilitres de vin vieux.

Le 24. Fièvre moins forte ; 132 pulsations. Pouls encore déprimé. Amélioration continuée de la bronchite. Ventre moins douloureux encore que la veille. — Même régime, même traitement.

Je procède ce jour-là au premier pansement. La plaie a laissé échapper une grande quantité de sérosité sans odeur, qui a imbibé toutes les pièces du pansement, et qui paraît formée, en grande partie, par de la sécrétion péritonéale, qui a suinté entre les lèvres de la plaie. Celle-ci a bon aspect, mais ses bords sont blafards et ne paraissent pas le siége d'un travail de cicatrisation très-actif. Les fils d'argent ont coupé en partie les lèvres de la plaie. Je les laisse pourtant encore en place, et après avoir nettoyé la plaie au moyen d'une éponge fine, imbibée d'eau tiède, je la recouvre du même pansement.

Les 25 et 26. Même état. Pouls à 120. L'abdomen n'est presque plus sensible à la pression. L'auscultation révèle encore des râles sibilants disséminés. — (Augmentation de l'alimentation : chocolat, deux potages ; un œuf à la coque. Vin de quinquina.) Je renouvelle le pansement le 26 au matin. Les fils ont presque complètement coupé les lèvres de la plaie, qui, sous l'effort de la distension de l'intestin, se

sont entrebaillées, dans une grande partie de leur étendue, de plusieurs centimètres, et laissent voir la surface de l'intestin qui commence à suppurer et à se recouvrir de bourgeons charnus. Les lèvres de la plaie adhèrent, par leur bord interne, à la surface de l'intestin, de manière à intercepter toute communication entre l'extérieur et la cavité péritonéale. J'enlevai les fils, et, afin d'obtenir l'occlusion plus prompte de la plaie par le rapprochement de ses bords, je fixai solidement, à 5 ou 6 centimètres, au moyen de bandelettes collodionnées, les chefs extérieurs d'un bandage unissant, et j'entrecroisai les chefs internes sur la plaie elle-même, en interposant entre eux et celle-ci une petite bande de ouate. J'amenai ainsi aisément, en tirant sur ces chefs, le rapprochement des lèvres de la plaie, et le refoulement de l'intestin qui tendait à faire hernie au dehors, et je fixai à leur tour les chefs externes du bandage unissant sur les flancs, au moyen de bandelettes collodionnées.

Le même pansement fut continué jusqu'à la cicatrisation complète. L'état général de la malade continua à s'améliorer assez rapidement. La guérison ne fut plus retardée que par quelques accès fébriles dont le sulfate de quinine fit aisément justice. L'alimentation fut progressivement augmentée, et le traitement tonique continué.

18 janvier. La suppuration était presque complètement tarie. Les lochies avaient cessé de couler. La cicatrisation définitive de la plaie, entravée par les tiraillements qu'exerçaient le mouvement de l'intestin sur les bords, fut cependant assez lente. Elle ne fut bien complète que trois semaines après. Je ne laissai lever la malade qu'à cette époque.

Elle quitta l'hôpital complètement guérie le 21 février. A ce moment je crus devoir l'avertir, en termes catégoriques, des dangers que lui ferait courir une nouvelle grossesse, et de la nécessité où l'on serait de recourir à une seconde opération semblable à celle qu'elle venait de subir. Malgré ces avertissements, elle s'est mariée il y a sept ans; mais heureusement elle n'est pas devenue enceinte. Je l'ai rencontrée, depuis assez souvent, dans la rue; elle paraît jouir d'une excellente santé.

Si j'ai cru devoir m'étendre aussi longuement sur les détails consécutifs à l'opération, c'est que, de ces détails, me semblent ressortir deux points importants qui sont aujourd'hui admis par la plupart des chirurgiens, mais sur lesquels on ne saurait trop insister: le premier, c'est l'importance générale de la diététique et du traitement médical à la suite des opérations graves; le second, plus spécial, c'est la nécessité d'alimenter les malades, malgré les contre-indications apparentes de la fièvre

et d'une inflammation locale, lorsque la petitesse du pouls, sa mollesse et l'affaissement nerveux général comportent des indications opposées. Ici, ces règles ont dominé les soins consécutifs donnés à l'opérée, et je crois que ce n'est pas se faire illusion que de croire à leur heureuse influence sur le résultat. Un commencement de péritonite traumatique, accusé par la douleur et le ballonnement du ventre, par la petitesse du pouls et les vomissements ; la coexistence d'une bronchite profonde et généralisée dans toute l'étendue d'un poumon, n'ont pas empêché de nourrir la malade, dans une juste mesure, ni de soutenir ses forces par l'administration du vin et du quinquina.

S'il m'était permis de me servir de cette formule pour rendre ma pensée d'une manière plus saisissante, je dirais volontiers qu'il faut souvent faire primer l'indication pathologique par l'indication physiologique, et, en un mot, qu'il *faut faire vivre le malade avant de le guérir.*

Observation relative à l'enfant.

Dès que l'enfant fut extrait de l'utérus, et le cordon lié et coupé, je le confiai aux soins d'un des assistants pendant que je m'occupais de la mère. La personne à laquelle je le remis eut la malencontreuse idée d'ouvrir une fenêtre (il faut se rappeler qu'on était au mois de décembre) et d'exposer l'enfant, à peine enveloppé, à l'action de l'air extérieur, sous prétexte de favoriser l'établissement de la respiration. Celle-ci ne tarda pas à se manifester ; l'enfant poussa le cri caractéristique, et fut immédiatement remis aux mains de la sage-femme de l'hôpital. Il faut noter que, dans la précipitation à laquelle m'obligeait l'hémorrhagie redoutable qui succéda à l'incision de l'utérus, je dus inciser très-rapidement les membranes en les pinçant seulement avec les doigts, et sans avoir le temps de me servir, selon l'usage, de la sonde cannelée. Dans cette manœuvre un peu précipitée, mon bistouri atteignit légèrement l'épaule de l'enfant, dans la région de l'omoplate, et intéressa la peau dans une étendue de 1 centimètre et demi. Cette petite plaie superficielle ne fournit que quelques gouttes de sang. Je la réunis par deux points de suture entrecoupée.

L'enfant était du sexe masculin, bien conformé et bien développé. On lui donna le sein d'une nourrice vingt heures après sa naissance, lorsqu'il eut complètement évacué le méconium. Il s'allaita très-bien pendant trois jours sans présenter le moindre symptôme morbide. Dans l'après-midi du quatrième jour, il refusa le sein et cria pendant

la nuit suivante. Le cinquième jour au matin je le trouvai oppressé et abattu. La peau était modérément chaude ; le pouls à 140. La percussion révélait une matité très-marquée dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Je fis appliquer des sinapismes aux extrémités inférieures, et une mouche de Milan sur le côté. L'enfant succomba dans la nuit du cinquième au sixième jour après sa naissance.

L'autopsie fut faite trente heures après la mort. Le poumon droit était le siége d'une hyperémie générale, avec une hépatisation rouge presque complète de la moitié inférieure.

Il résulte de ce qui précède que l'enfant était né dans des conditions complètes de viabilité; qu'il a vécu pendant quatre jours, et que sa mort est le résultat d'une maladie accidentelle due, soit à une exposition imprudente à l'air extérieur, immédiatement après sa naissance, soit aux précautions insuffisantes qui ont été prises pour le préserver du froid, dans une salle d'hôpital et en dehors des conditions de l'allaitement maternel.

On peut donc tirer, je crois, de cette observation, cette conclusion générale, que l'opération a eu un égal succès pour la mère et pour l'enfant, *au point de vue chirurgical et obstétrical.* C'est le point important, parce qu'il donne au fait sa valeur scientifique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Polaillon donne lecture d'un rapport sur :

L'appareil obstétrical à tractions mobiles continues, de M. Pros (de la Rochelle) (1).

M. Polaillon rappelle les principales dispositions de cet appareil. Il se compose essentiellement, dit le rapporteur, d'un coussin quadrilatère, dur, dont les bords sont formés par un cadre de bois ; on fixe ce coussin sous le siége de la femme en travail, à l'aide de deux

(1) Ce rapport a été publié *in extenso* dans les *Bull. de la Soc. de chir.* 1875, p. 315.

bandes de laine qui embrassent les cuisses de celle-ci, passent un peu au dehors des plis génito-cruraux. Sur le bord antérieur du coussin, au-dessous de l'orifice vulvaire, s'articule une tige longue de 80 centimètres environ, que l'on peut mouvoir à volonté dans le sens vertical. L'extrémité libre de cette tige porte une petite manivelle, qui fait tourner un axe sur lequel s'enroule une courroie destinée à s'accrocher sur les branches d'un forceps.

Les tractions s'exercent par l'intermédiaire de la courroie, en faisant tourner la manivelle; le point d'appui des tractions existe sur le coussin qui fait corps avec le bassin de la femme, et la résistance réside vers la tête du fœtus, que l'on a préalablement saisie avec un forceps spécial.

Le forceps de M. Pros, comme celui que Thénard avait inventé au commencement de ce siècle, est un forceps dont les branches sont parallèles au lieu d'être croisées, et dont l'articulation se fait à l'extrémité des manches. Les cuillers ont une courbure normale, mais elles ne sont que légèrement incurvées sur leurs bords, et tiennent le milieu sous ce rapport entre les cuillers des forceps complètement droits et celles des forceps ordinaires. A la réunion de la cuiller et du manche existe une incurvation dont la concavité regarde en dehors, et qui permet, une fois que la cuiller a été portée au-dessus du détroit supérieur, de contourner ce détroit et de placer la cuiller directement en avant ou directement en arrière. Une vis de pression, située à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur des branches, permet de rapprocher les cuillers et d'assurer la préhension de la tête fœtale. La longueur totale de l'instrument est de 38 centimètres, tandis que les forceps ordinaires mesurent de 45 à 48 centimètres. Ce défaut de longueur tient à la brièveté des manches qui, selon M. Polaillon, n'offrent pas assez de prise pour le maniement facile de ce forceps.

M. Pros a divisé son travail en deux parties : l'une est consacrée à son appareil tracteur, l'autre au mode d'emploi du forceps particulier dont il se sert. Cet auteur établit que, pour retirer de sa méthode de bons résultats, il faut que les tractions soient mobiles et dirigées au gré de l'accoucheur, selon les axes des détroits et de l'excavation. Il pense avoir résolu ce problème en rendant mobiles sur le coussin qui fait corps avec le bassin de la parturiente, la tige rigide et la courroie à l'aide desquelles s'exercent les tractions. En effet, en élevant plus ou moins cette tige dans le plan vertical, il dirige la force tractive, d'abord dans le sens de l'axe du détroit supérieur, puis, à mesure que la tête s'avance dans le sens de l'axe courbé de l'excavation, et un peu dans le sens de l'axe du détroit inférieur. Et si l'opérateur le juge nécessaire en même temps qu'il exerce les tractions,

il peut porter, avec la main, le talon du forceps à droite ou à gauche, et imprimer à l'instrument des mouvements de latéralité.

M. Polaillon rapporte ensuite qu'il a employé l'instrument de M. Pros chez une femme présentant un bassin rétréci, dans lequel le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur mesurait environ 9 centimètres. Après dix-sept heures de contractions énergiques, la tête, qui était en position occipito-iliaque gauche postérieure, n'avait pas franchi le détroit supérieur. C'est alors que M. Polaillon se décida à appliquer le forceps de M. Pros. Les tractions durèrent 7 minutes et atteignirent 50 kilogr. Un enfant du poids de 3,450 gr. fut extrait vivant et sans lésion du côté de la mère, qui quittait la Maternité dix jours après.

Dans un autre cas, M. Polaillon ayant appliqué le forceps ordinaire pour terminer l'accouchement chez une femme éclamptique, employa avec succès l'appareil de M. Pros pour exercer les tractions. Dans ce cas, la courroie fut tout simplement accrochée au niveau de l'articulation du forceps.

M. le rapporteur passe ensuite en revue la partie du travail consacrée au mode d'emploi du forceps.

L'auteur rappelle tout d'abord ce principe à toutes les applications de forceps, à savoir que la tête doit être saisie, autant que possible, par son diamètre bi-pariétal ou bi-temporal, puis il donne les règles suivantes pour manœuvrer son instrument : « Dans les présentations du sommet, dit-il, l'accoucheur ne pouvant appliquer d'emblée les cuillers du forceps aux extrémités du diamètre bi-pariétal devra, saisissant l'une ou l'autre des branches, lui faire franchir, concavité de la cuiller en avant, le détroit supérieur, en la glissant sur l'aileron du sacrum, à droite si l'occiput regarde à droite, et à gauche dans le cas contraire. Puis, faire contourner à cette cuiller, d'abord la partie latérale de la tête de l'enfant, ensuite la postérieure pour arriver enfin à l'extrémité antérieure du diamètre bipariétal de cette même tête. La deuxième cuiller sera placée après la première, et parallèlement à celle-ci sans difficulté. »

Cette règle ne concerne que les applications du forceps Pros dans les positions occipito-transversales ou occipito postérieures, car, dans les positions occipito-antérieures droites ou gauches, on peut placer d'emblée les cuillers sur les bosses pariétales, et par suite se servir du forceps ordinaire. S'il fallait apprécier la valeur de cette opération et du forceps qui sert à l'exécuter, seulement d'après des manœuvres faites sur le mannequin, on serait tenté de porter un jugement très-favorable. Mais l'opération exécutée sur la femme en travail donne un résultat moins satisfaisant.

M. Polaillon a exécuté la manœuvre précédemment indiquée dans un cas de position occipito-iliaque gauche transversale. Bien que la

manœuvre ait été longue et pénible, l'extraction de la tête put être faite sans encombre par des tractions manuelles.

L'instrument fut employé par M. le rapporteur, dans un second cas, mais avec moins de succès. Un membre fut saisi entre la tête et la cuiller du forceps, et vint ainsi compléter l'extraction qui fut ensuite obtenue facilement à l'aide d'un forceps ordinaire. Il est probable que c'est en exécutant le temps de l'opération, qui consiste à contourner l'occiput pour placer la cuiller en avant, que le membre s'est trouvé accroché.

M, Polaillon termine son rapport par le résumé suivant :

Le forceps de M. Pros est susceptible de donner de bons résultats dans les applications au-dessus du détroit supérieur, lorsqu'on peut placer d'emblée les cuillers sur les bosses pariétales. Une fois que la tête a été bien saisie, il a l'avantage de pouvoir être dirigé de manière que la concavité des cuillers regarde l'une en avant, l'autre en arrière, c'est-à-dire dans la position la plus favorable à l'engagement de la tête au détroit supérieur.

Mais lorsqu'on est obligé de faire subir à la cuiller antérieure ce mouvement de conversion que l'auteur a décrit, c'est un instrument infidèle et qui a produit entre mes mains un accident grave, le relèvement d'un bras.

Mais, dans le cas où le forceps de M. Pros peut être utile, c'est-à-dire dans les applications au-dessus du détroit supérieur, est-il supérieur au forceps ordinaire? Je n'hésite pas à répondre par la négative, en me plaçant au point de vue de la pratique usuelle. En effet, les manches qui ont été raccourcis à dessein pour les adapter à l'appareil tracteur, n'offrent pas assez de prise pour diriger commodément les cuillers lorsqu'elles sont profondément introduites dans les organes génitaux ; et, en second lieu, les branches coudées sur leur plat à l'origine des cuillers, et presque droites sur leurs bords, me paraissent nécessiter une dilatation très-complète du col utérin, pour être appliquées méthodiquement. Néanmoins, je reconnais que, dans certains cas difficiles où le forceps ordinaire ne réussit pas à engager la tête dans l'excavation légèrement rétrécie, le forceps de M. Pros rendra des services, et qu'il doit trouver place dans l'arsenal de l'accoucheur.

Enfin, dans les applications au-dessous du détroit supérieur et à la vulve, le forceps de M. Pros ne me paraît avoir aucune supériorité sur le forceps ordinaire.

DISCUSSION.

M. Blot. Le forceps de M. Pros n'offre aucun avantage sur le forceps ordinaire, quand la tête est au détroit supérieur. Les branches sont trop courtes et ne fournissent pas une force suffisante. En

outre, les cuillers, trop courtes également, s'appliquent moins solidement sur la tête et sont sujettes à glisser.

M. Polaillon. L'instrument étant presque droit, il a l'avantage de pouvoir se placer facilement d'avant en arrière dans les cas où il est difficile de saisir la tête au détroit supérieur.

(*Séance du 16 juin 1875.*)

M. Guéniot lit un rapport sur un travail de M. Jude Hüe (de Rouen), intitulé :

Contribution à l'étude des compressions pelviennes occasionnées par les fibroïdes de l'utérus et des moyens qu'on peut leur opposer (1).

Voici les conclusions de ce rapport (2) :

L'occlusion complète et permanente de l'intestin due à la compression des fibroïdes utérins est un accident heureusement très-rare ; mais les troubles plus ou moins profonds qu'engendre cette même cause, soit dans les fonctions des nerfs intra-pelviens, soit dans l'excrétion des urines et des matières intestinales, paraissent être, au contraire, assez communes ;

2° L'albuminurie et certaines altérations graves des reins sont quelquefois la conséquence de cette entrave apportée à l'excrétion urinaire ;

3° Les fibroïdes les plus redoutables, au point de vue de la compression, ne sont pas ceux qui offrent les plus grandes dimensions ; les tumeurs, particulièrement dangereuses sous ce rapport, sont celles qui, occupant l'excavation pelvienne, se développent dans cette enceinte osseuse, sans s'élever dans la grande cavité de l'abdomen ;

4° Dans les cas de compression du rectum, la gravité des accidents n'est pas toujours due à cette unique cause ; souvent d'autres causes, quoique secondaires, concourent pour une large part à leur intensité. Ces dernières sont : la dureté et l'accumulation des fèces, la péritonite et les brides péritonéales, les ulcérations de l'intestin, l'atonie de ce dernier par l'usage des opiacés, etc. ;

5° Enfin la thérapeutique de ces accidents jusqu'ici constamment impuissante, lorsqu'on a dû recourir à l'entérotomie, s'est montrée, au contraire, très-efficace toutes les fois que la tumeur a pu être refoulée au-dessus du petit bassin.

---

(1) Le mémoire de M. J. Hüe a été publié *in extenso* dans le numéro d'octobre des *Annales de gynécologie*.

(2) Ce rapport a été publié dans les *Bulletins de la Soc. de chir.* pour 1875, p. 596.

DISCUSSION.

M. Trélat ne croit pas qu'il soit prudent d'exercer par le rectum un effort de 10 à 15 kilogrammes, dans le but de faire remonter la tumeur au-dessus du détroit supérieur.

M. Guéniot pense, au contraire, que cet effort n'offre rien d'excessif; on peut s'en faire une idée en déplaçant un corps de même poids.

M. Hervez de Chégoin fait remarquer que souvent un renversement de la matrice augmentée de volume a été pris pour une tumeur fibreuse.

M. Polaillon, dans un cas, a déployé une force d'environ 10 kilog. pour repousser la tumeur dans l'abdomen.

M. Guéniot. — L'erreur signalée par M. Hervez de Chégoin a pu être commise; mais dans les cas relatés, le volume de la tumeur et sa dureté ont rendu toute méprise impossible.

M. Depaul. — Les cas d'enclavement de tumeurs fibroïdes de l'utérus sont tellement rares que les 14 cas réunis par M. Hüe constituent un chiffre énorme. Quand on se propose d'opérer la réduction, il faut distinguer s'il existe ou non un pédicule ; mais c'est là précisément la difficulté la plus grande. Dans le premier cas, la tumeur peut bien être refoulée ; mais comment arriver au même résultat, si elle s'insère sur une large base, et alors des efforts de 20 à 30 livres ne peuvent-ils pas déterminer des accidents graves ?

M. Guéniot. — Les quatorze faits de M. Hüe sont bien authentiques; plusieurs ont été publiés dans les bulletins de la Société anatomique, et il a été constaté qu'il existait une compression des uretères ou de l'intestin.

L'obstruction complète de ce dernier est rare; mais ces accidents, pour être moins graves, n'en troublent pas moins la santé au point d'entraîner la mort. Dans les cas de tumeur sessile, pourquoi, dira-t-on, s'acharner à refouler la tumeur ? Si l'absence du pédicule était démontrée, il est certain que les chances de succès seraient diminuées .Mais combien de fois n'a-t-on pas trouvé à l'autopsie un pédicule méconnu pendant la vie et qui eût permis de remédier aux accidents. (*Séance du 7 juillet 1875.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Discussion sur les rapports existant entre la fièvre puerpérale d'une part, et les maladies infectieuses et la pyohémie de l'autre.

Traduction du Dr Edouard MARTIN.

(SUITE) (1).

LE Dr BRAXTON HICKS pense que les principales difficultés et obscurités dont le sujet est entouré tiennent en partie aux deux causes suivantes : 1° D'abord à ce que la plupart des anciennes observations ont été prises dans les hôpitaux ; et ainsi, si l'on admet que l'affection est contagieuse, les cas prennent, dans chaque épidémie, un caractère semblable ; 2° Aux moyens d'investigation et notamment aux examens *post mortem ;* car, suivant la prédominance de telle ou telle lésion, l'affection sera considérée comme une péritonite, une entérite ou une phlébite, quoique ces lésions ne doivent être considérées que comme des effets de la maladie. Sans vouloir nier l'utilité incontestable de ces examens anatomiques, il pense qu'il faut avant tout, porter actuellement son attention du côté de la clinique et de l'observation des cas qui se présentent, non-seulement à l'hôpital, mais dans la pratique particulière, c'est par cette observation que l'on arrivera à découvrir la nature exacte du poison. Dans un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude des affections puerpérales*, il a déjà essayé de montrer les divers aspects sous lesquels se présentent les affections rangées sous le nom de fièvre puerpérale. Il a trouvé que sur 89 cas de fièvre puerpérale, 68 malades, c'est-à-dire plus des 3/4 avaient été exposées à quelque affection contagieuse. Sur ces 68 cas, 37 fois l'infection était due à la scarlatine, parmi les autres l'érysipèle et la diphthérie lui semblent avoir été les principales causes d'infection; dans 21 cas enfin, il est difficile de dire si la maladie a été due à quelque affection contagieuse. Quelques-unes étaient dans un état de dépression morale ou de santé très-précaire, en un mot, dans des conditions peu favorables à la guérison. Il ajoute que l'on peut se demander si, dans la première classe de cas, on avait bien affaire à la fièvre puerpérale et non à des cas de scarlatine, de diphthérie, d'érysipèle, modifiés par l'état puerpéral; il laisse donc ces cas de côté pour un moment, quoiqu'en agissant ainsi il exclut les trois quarts des cas que l'on a rangés sous la dénomination de fièvre puerpérale. Il en reste 21, exclura-t-on encore ceux qui sont survenus à la suite d'émotions morales soudaines, telles que la frayeur, l'ennui, l'anxiété? ils peuvent compter environ pour qua-

(1) Voy. n° d'octobre, p. 297.

tre. Faut-il exclure les 4 cas dans lesquels les accouchées étaient malades déjà avant le début du travail, il ne restera plus que 11 cas, et dans ces 11 cas, les affections contagieuses peuvent, comme il l'a déjà fait remarquer, avoir joué un certain rôle. Dans 3 cas enfin, l'origine traumatique est évidente; il ne reste donc que 8 cas dans lesquels l'origine de la fièvre est inconnue. En présence de pareils résultats, il se demande où est la preuve de l'existence d'une entité morbide connue habituellement sous le nom de *fièvre puerpérale*. Cependant, en examinant les symptômes qui se présentent dans ces diverses classes de cas, on s'aperçoit qu'au point de vue symptomatique l'affection est *une;* que dans certains cas elle provient évidemment d'une scarlatine, par exemple, on retrouve tous les symptômes de la fièvre puerpérale, tandis que les caractères propres à la scarlatine font défaut; et de même pour l'érysipèle. En général même, moins les symptômes de l'affection première sont marqués, plus la fièvre puerpérale a de malignité. Il a démontré le fait par plusieurs exemples dans son mémoire, il tient à en rappeler un. Une femme fut prise de la forme la plus maligne de fièvre puerpérale, et mourut au bout de trois jours. Pas d'antécédents de scarlatine; mais deux jours après, deux de ses enfants moururent de scarlatine maligne. Depuis qu'il a écrit son mémoire, il a observé le fait suivant : Une femme fut prise de fièvre douze heures après l'accouchement; une hémorrhoïde, déjà enflammée, devint douloureuse; une rougeur se montra dans ce point, mais sans bord défini et gagna le dos. Trois jours après, survinrent des douleurs dans les articulations avec gonflement et du délire; ces symptômes ne firent qu'augmenter jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu le cinquième jour. Les symptômes étant survenus fort peu de temps après l'accouchement, il suppose que l'infection provenait d'une cause extérieure, sans pouvoir découvrir que la malade eût été exposée à quelque affection contagieuse. Depuis trois mois, le docteur qui la soignait n'en avait observé aucun cas dans les environs. Une semaine après la mort de la mère, l'aîné des enfants fut pris de scarlatine et mourut en peu de jours; le second fut pris aussi et mourut de même. Enfin le nouveau-né fut atteint aussi, mais guérit. Dans aucun de ces deux cas, les mères ne présentèrent de symptômes caractéristiques de scarlatine. En somme, en examinant au point de vue symptomatique ces diverses classes de fièvre puerpérale, il pense qu'il est impossible de les distinguer les unes des autres.

Il n'est pas certain que les altérations du sang que l'on trouve dans la fièvre puerpérale soient les mêmes que celles que l'on remarque dans les cas d'infection purulente; ces altérations semblent plutôt cependant varier dans leur intensité que dans leur nature.

La nature contagieuse des affections groupées sous le nom de fièvre puerpérale ne lui paraît pas non plus démontrée dans tous les cas. Il

croit que celles qui proviennent d'affections contagieuses le sont surtout à un haut degré; celles qui proviennent de causes locales à un degré beaucoup moindre; quelques-unes même ne lui paraissent pas contagieuses du tout.

M. JONATHAN HUTCHINSON dit, que s'il a bien compris l'opinion de M. Spencer Wells, celui-ci établit une analogie presque complète entre la fièvre puerpérale et les divers genres de fièvres dont souffrent les opérés. Puisque M. Spencer Wells refuse d'employer un terme aussi vague que celui de *fièvre puerpérale*, il voudra bien en faire de même pour celui de *fièvre chirurgicale*, qui n'indique nullement la vraie cause de la maladie.

Il lui semble d'abord que l'érysipèle joue un rôle important dans la production de la fièvre puerpérale, et que son contact produit souvent une inflammation locale, cause de la fièvre. Or, pour lui, l'érysipèle n'est pas une fièvre d'une nature spéciale, mais une variété d'inflammation locale qui peut être produite, sans aucun doute, par le contact avec les sécrétions provenant d'un malade atteint d'érysipèle, mais aussi d'un grand nombre d'autres manières. Il pense que les symptômes fébriles et les troubles généraux sont consécutifs à l'inflammation locale, et proportionnés à l'étendue de l'érysipèle. Certains auteurs, qui défendent le caractère spécifique de l'érysipèle, prétendent qu'il présente une période d'incubation, ce qu'il nie absolument. Les personnes, atteintes d'érysipèles, peuvent être malades pendant un ou deux jours avant l'apparition de la rougeur, la maladie demande un peu de temps pour se développer, mais ce n'est pas ce qu'on appelle une vraie incubation. Jamais on ne voit l'érysipèle se développer symétriquement des deux côtés du corps, ce qui aurait lieu certainement si cette affection était due à l'introduction d'un poison spécifique dans le sang, comme c'est le cas pour la petite vérole. Enfin, l'érysipèle peut être, suivant lui, réprimé par un traitement approprié à toutes les périodes de son développement, ce qui serait absolument impossible si l'on avait affaire à une fièvre spécifique. Tout ce qu'il vient de dire de l'érysipèle s'applique aux diverses formes d'inflammation *utérine* qui sont le résultat d'une contagion érysipélateuse; ces diverses formes ne doivent pas être rangées dons les fièvres spécifiques, mais dans une classe d'affections que l'on peut arrêter dès leur début par un traitement approprié; par le lavage de l'utérus, par exemple, comme le Dr Braxton Hicks l'a indiqué.

Quant à la septicémie, il existe actuellement deux opinions principales à son sujet : les uns prétendent qu'elle est due à l'introduction, dans le sang du malade, de quelque poison qui vient du dehors. Les autres, et c'est l'opinion qu'il soutient, pensent que la septicémie est le résultat de l'empoisonnement du sang par les tissus enflammés du malade. Il a eu, par exemple, à amputer le doigt d'un confrère pour

cause de gangrène consécutive à une inflammation aiguë, suite d'une piqûre empoisonnée; il s'était écorché le doigt sur un os carié, en pratiquant une résection de la hanche; des symptômes généraux alarmants accompagnèrent la gangrène du doigt. Il ne croit pas cependant que la nature du poison ait une influence marquée pour la production de la gangrène et des symptômes généraux, il pense que la gangrène a été le résultat de l'inflammation, et les symptômes généraux le résultat de l'intoxication du sang par les tissus tombés en gangrène. Il veut mentionner le cas d'un homme assuré à l'*Accidental Insurance office*, qui glissa dans les rues, se fit une luxation du pouce, et mourut sept ou huit jours après l'accident avec des symptômes de septicémie, des vomissements, un pouls rapide, de la fièvre et de la sécheresse de la langue; sa main était tombée en gangrène. Il y eut une longue discussion de médecine légale pour savoir s'il mourut de l'accident ou de quelque trouble dans son état général, M. Hutchinson pense, que dans ce cas encore, la gangrène de la main a occasionné les symptômes généraux. En somme, il admet l'influence irritante de certaines substances pour déterminer l'inflammation; mais il pense que l'inflammation, une fois déclarée, le poison ne joue pas un rôle important dans la production de la gangrène et de la septicémie.

Quant à la *pyohémie*, qui doit être distinguée de la septicémie dans laquelle il n'existe pas, en général, de phlébite, il croit que c'est une grande erreur de penser qu'elle puisse être causée par l'introduction, dans le sang, d'un poison spécifique, il croit que dans la majorité des cas, elle est due à la phlébite; c'est un empoisonnement du sang, suite d'inflammation des veines. Quoi qu'en disent les expérimentateurs sur les animaux inférieurs, qui prétendent que les veines ne s'enflamment que fort difficilement, il n'y a qu'à examiner les veines d'un sujet mort de pyohémie pour se persuader du contraire. Il est tout naturel que dans certains cas de phlébite avec coagulation du sang, on n'observe pas de pyohémie, mais il existe des cas de phlébite gangréneuse et suppurative dans lesquels les parois veineuses s'ulcèrent, et les veines se remplissent de pus; ces cas sont presque toujours suivis de pyohémie, ce qui ne veut pas dire que la pyohémie doive être exclusivement limitée à ces cas-là; il croit cependant que dans l'*état puerpéral* la pyohémie est presque toujours liée à la phlébite.

Le Dr Richardson insiste d'abord sur l'état général des nouvelles accouchées, il dit que leur sang possède des caractères spéciaux, contient de la fibrine en excès, et des sels inorganiques en proportion moins considérable; ce sang, ainsi altéré, se précipite sous la moindre influence; l'état nerveux des femmes en couches est aussi modifié ; habituées aux mouvements du fœtus, elles souffrent de la réaction qui se produit au moment où ils cessent d'avoir lieu. Enfin, l'hérédité lui paraît jouer un rôle dans les causes prédisposantes. Il pense qu'il

est bon de tenir compte de ces faits avant de répondre aux questions posées par M. Spencer Wells. Reprenant ces questions une à une, il déclare en premier lieu qu'il ne croit pas à l'existence d'un poison spécial produisant la fièvre puerpérale. Une fois cette affection établie, elle se communique probablement par une ou plusieurs espèces de poisons; mais la fièvre provient si fréquemment d'autres causes, qu'il est impossible d'affirmer l'existence d'un poison spécial bien défini comme pour la scarlatine ou la petite vérole, et à l'examen *post mortem*, il est impossible de dire, d'après la nature des lésions : voici un cas de fièvre puerpérale, comme on le dit, lorsqu'il s'agit de scarlatine ou de fièvre typhoïde. Par conséquent, il répond par la négative à la première question, et ne croit ni à l'existence d'un poison spécial ni à celle de lésions anatomiques caractéristiques. A la seconde question, de savoir si toutes les formes de fièvre puerpérale peuvent être rapprochées des fièvres continues infectieuses, comme la scarlatine, par exemple, il répondra aussi par la négative. Sous le titre de fièvre puerpérale, on a réuni quatre sortes de fièvre : 1° la simple fièvre physiologique, succédant à l'accouchement ; il croit qu'il est rare de voir un accouchement qui ne soit pas suivi d'un léger état fébrile; dans certains cas de fièvre puerpérale, il pense qu'il existe simplement une exagération de cet état, pouvant devenir très-grave, et dégénérant en véritable fièvre inflammatoire. Dans un cas, il a vu une élévation de température de 4 degrés survenir à la suite d'un accouchement sans aucun accident local. Cette élévation de température a été suivie de la formation d'un caillot dans le cœur, et la malade est morte subitement de syncope. Cependant, on ne trouva aucune lésion ni dans l'utérus ni dans aucun autre organe, à l'exception d'un caillot sanguin dans le cœur droit avec prolongement dans l'artère pulmonaire; des cas semblables se voient dans la pneumonie et d'autres affections franchement inflammatoires. 2° Une seconde forme de fièvre puerpérale présente un caractère rémittent avec un degré plus ou moins prononcé de jaunisse; deux fois il a vu cette forme revêtir des caractères d'une excessive gravité. 3° Dans une troisième classe de cas, ceux auxquels M. Hutchinson a fait allusion, la fièvre succède à l'introduction, dans la circulation, de matériaux provenant des sinus utérins ; dans ce cas, l'on a affaire à une forme particulière de septicémie, dans laquelle le sang devient noir, et la mort est la suite d'un défaut d'oxydation. 4° Enfin, dans une dernière classe de faits, le poison semble être apporté du dehors et provenir d'une fièvre infectieuse quelle qu'elle soit. La scarlatine, l'érysipèle, par exemple, ont souvent été des causes de fièvre puerpérale. Il pourra donc répondre à la deuxième question posée par M. Spencer Wells, en disant qu'il n'existe pas de forme spéciale de fièvre puerpérale ni aucune maladie qui mérite ce nom, mais bien diverses affections distinctes, se ter-

minant à peu près de la même façon, quoique présentant des caractères différents : les unes étant contagieuses et les autres pas ; les unes causées par l'état même de la femme en couches, les autres provenant d'une lésion matérielle ou de l'introduction, du dehors, de matériaux septiques. Quant à la troisième question, sur l'existence d'une fièvre puerpérale, en dehors des affections contagieuses ou infectieuses, il répondra, avec M. Braxton Hicks, qu'en mettant de côté l'état fébrile qui survient après l'accouchement naturel, cette fièvre n'existe pas.

Il n'a rien à ajouter à ce que le même auteur vient de dire sur la *quatrième question*, concernant les moyens de prévenir l'extension de la maladie, par les lavages de l'utérus et les mesures générales, telles que l'isolement des accouchées, etc.

La cinquième question, relative à la présence des bactéries et d'autres corps organisés dans le sang des personnes atteintes de fièvre puerpérale, ne s'applique évidemment qu'à la forme septicémique, la quatrième à laquelle il a fait allusion. Il pense que ces corps agissent physiquement, comme certains corps inorganiques : l'oxyde blanc de platine, de manganèse et d'autres, qui ont le pouvoir d'éliminer l'oxygène contenu dans le sang, et d'empêcher sa combinaison avec ce fluide. Plus tard, si des conditions favorables se présentent, ces germes et ces bactéries se développeront plus ou moins, mais ils n'auront pas plus d'influence sur la production de la maladie que la présence des vers dans la viande décomposée n'a d'influence pour produire cette décomposition.

Il pense que l'on arrivera à découvrir certains agents capables d'arrêter immédiatement l'action de ces poisons, par leur action directe sur le sang, et leur influence pour retenir l'oxygène en combinaison avec lui. Il pense que les corps appelés antiseptiques (c'est-à-dire prévenant la putréfaction) agissent non pas en détruisant les germes ou les corps organisés, mais d'une façon directe, en s'opposant à l'action nocive des matériaux septiques; il termine en prédisant que dans dix ans on aura trouvé un moyen de combattre la septicémie d'une façon aussi efficace que l'on combat actuellement la petite vérole par la vaccination. *(A suivre.)*

CONGRÈS DE BRUXELLES.

3e SECTION. — GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Résumé des Travaux de la Section, par M. FEIGNEAUX, l'un des Secrétaires.

Maternités. — M. HUBERT fils, professeur d'accouchements à l'Université catholique de Louvain, présente son rapport sur le 1er article à l'ordre du jour de la section : les *maternités*.

Le rapporteur pose ces prémisses au-dessus de toutes contesta

tions : « Les couches des femmes assistées à domicile sont heureuses ; la mortalité dans les maternités est effrayante. »

Par des relevés statistiques puisés dans toutes les maternités d'Europe, M. Hubert prouve que le mal ne s'attaque pas à une localité ou hospice seulement, mais qu'il est partout le même.

Avant de poser ses conclusions, il examine la fièvre puerpérale au point de vue pathologique.

En examinant successivement les diverses opinions qui ont été émises sur la cause de cette maladie meurtrière, il est tenté de l'attribuer à l'action de l'air atmosphérique infectant toute l'économie avant de produire les lésions morbides.

Quant à sa transmissibilité et à son inoculabilité par le doigt, un forceps, une sonde, une éponge, et quant à sa propagation par l'intermédiaire d'objets contaminés, M. Hubert dédaigne ces points attendant une démonstration scientifique.

La thérapeutique étant impuissante à la combattre, il fait appel à la prophylaxie pour sauver l'humanité de cette terrible maladie.

Il conseille :

1° A toute personne ayant soigné une femme atteinte de fièvre puerpérale ou ayant assisté à une autopsie, de prendre les précautions les plus minutieuses avant de s'approcher d'une femme accouchée ;

2° Aux médecins de se servir d'ablutions d'eau chlorurée ou phéniquée après avoir pratiqué une autopsie ;

3° De désinfecter ses vêtements et même de les brûler ;

4° De faire passer à l'acide phénique les instruments, forceps, sondes, éponges, tout ce qui peut avoir touché une personne malade ou avoir servi dans un accouchement.

M. Hubert n'admet pas la suppression des grandes maternités.

Mais il conclut :

1° A l'avantage des petites maternités sur les grandes ;

2° A la nécessité de maisons de rechange pour permettre d'évacuer et de désinfecter complètement en temps d'épidémie les salles occupées par des malades ;

3° Au placement des maisons de rechange dans le voisinage des maternités entourées de jardins.

M. Lefort, de Paris, demande la parole pour faire à la section une communication « sur les mesures adoptées dans cette ville pour diminuer la mortalité des accouchées indigentes. »

L'orateur ne veut point s'occuper de rechercher la nature de la maladie des femmes en couches ni celle des lésions qui la caractérisent.

Elle est encore inconnue, et la thérapeutique est impuissante contre elle.

Ce que l'observation des faits nous apprend, c'est comment elle se propage.

M. Lefort est contagionniste et admet le caractère épidémique de la maladie, c'est-à-dire que, pour lui, toute maladie susceptible de se transporter d'un lieu à un autre sous forme épidémique est contagieuse.

D'où l'honorable orateur conclut à la dissémination des accouchées qui les mette à l'abri de la contagion, et en infère à la différence entre la mortalité des femmes accouchées en ville et dans les hôpitaux.

Par une statistique basée sur 1,843,093 accouchements, M. Lefort a montré, qu'en ville, sur 934,781 accouchements, la mortalité n'avait été que de 1 femme sur 212, tandis que, sur 888,912 femmes accouchées dans les hôpitaux ou dans les maternités il en était mort 1 sur 29.

Contrairement à la manière de voir de l'honorable rapporteur de la 3e section, M. Lefort est d'avis qu'on restreigne et, si l'on peut, qu'on supprime les maternités.

L'orateur réfute successivement les objections qui ont été faites contre la suppression des maisons d'accouchements : 1° l'obligation de donner des asiles aux femmes n'ayant pas de domicile et à la jeune fille abandonnée par son séducteur.

On peut donner, dit l'orateur, à ces infortunées un asile où elles ne seraient pas exposées à payer de leur vie l'hospitalité qu'on leur donne. Cet asile, c'est le logis de la sage-femme.

Partant de cette donnée, M. Lefort, en 1865, au moment où la mortalité à la Maternité de Paris était excessive, proposa à l'Assistance publique de tenter une expérience consistant à envoyer aux frais de l'administration de l'Assistance puublique, accoucher chez les sages-femmes, les femmes se présentant pour accoucher à la Maternité.

La mesure fut prise en 1865 à titre provisoire; en 1867, en présence des résultats favorables obtenus, elle fut adoptée définitivement et officiellement; en 1869 elle fut prise à titre permanent.

L'administration s'entoure de toutes les garanties vis-à-vis des sages-femmes qui font la demande de recevoir des accouchées.

Elle s'assure de la salubrité du logement, des ressources suffisantes en literies, en linge, etc.

Si une accouchée vient à succomber, la sage-femme cesse pendant trois mois de recevoir des pensionnaires, c'est-à-dire 185. On est en droit par conséquent de dire que, pendant cette période, 160 femmes ont dû la vie à la création de ce nouveau service d'accouchements.

Abordant la deuxième objection contre la suppression des maternités: Comment enseigner l'obstétrique? l'orateur répond que, s'il est nécessaire d'enseigner aux futurs médecins et aux sages-femmes l'art des accouchements, il est de devoir impérieux de ne pas sacrifier la vie des femmes à des nécessités d'instruction.

A la deuxième objection enfin, la plus capitale en apparence, puisqu'elle se base sur une impossibilité matérielle, le défaut d'argent; l'honorable M. Lefort répond par des chiffres. D'après un relevé statistique fait par lui, d'après des documents officiels, il constate que l'objection n'a presque pas de valeur. Les frais d'accouchement au domicile des sages-femmes, ne dépassent pas les frais d'accouchement dans les hôpitaux.

M. Lefort, avec la sincérité d'un homme convaincu, prend les conclusions suivantes :

1° Les maternités et les services spéciaux d'accouchements sont condamnés par l'expérience ;

2° Ils peuvent être remplacés par l'accouchement à domicile, et, pour les femmes sans asile, par l'accouchement au domicile des sages-femmes de la ville ;

3° Ils peuvent, au point de vue de l'enseignement, être remplacés par l'institution des polycliniques.

Après une discussion engagée entre MM. Pasquali et Rena, Konrad et M. Garad Mongroi, la section adopte les conclusions suivantes :

1° Une réforme médicale est urgente dans le système actuel des femmes en couches ;

2° L'abandon complet du système des grandes maternités ;

3° Le remplacement des grandes maternités, avec école d'accouchements pour l'enseignement, par des petites maisons d'accouchements à chambres séparées ;

4° La création d'une maison de rechange placée dans le voisinage de la maternité, mais avec direction médicale et administration séparées ;

5° Etendre, autant que possible, l'assistance à domicile, en fournissant aux femmes enceintes et aux accouchées des secours de toute nature.

M. Lefort a présenté à la 3e section la conclusion additionnelle dont il avait donné lecture à la séance générale et que l'assemblée avait renvoyée à l'examen de la section. Cette conclusion, que l'auteur a modifiée dans sa rédaction est ainsi conçue :

« *L'accouchement au domicile des sages-femmes aux frais de la commune et sous la surveillance des médecins, doit donner les moyens de restreindre le nombre des accouchements dans les maternités et les hôpitaux et d'en diminuer la mortalité. Cette mesure, désirable en temps normal, s'impose comme nécessité en temps d'épidémie.* »

M. Lefort s'est appuyé, pour en demander l'adoption, sur les arguments suivants :

Les cinq conclusions votées par l'assemblée générale indiquent à l'autorité la nécessité de substituer les petites maternités aux grandes, de diminuer autant que possible le nombre des femmes accouchées

dans les maternités et les hôpitaux. Mais il ne suffit pas d'indiquer à l'autorité administrative les principes d'hygiène à appliquer, il faut lui indiquer en même temps que leur application est possible et facile.

On accuse trop souvent les médecins de poser des règles trop absolues et de ne pas tenir compte des difficultés pratiques, il faut supprimer cette fin de non-recevoir.

L'accouchement au domicile des sages-femmes de la ville permet l'application même immédiate du principe, tandis qu'on peut s'attendre à ce qu'il se passera encore quelque temps avant qu'on ait construit ces petites maternités demandées par l'assemblée générale. La mesure proposée ne peut encourir le reproche d'être bonne en principe, mais inapplicable, puisqu'elle est appliquée depuis deux ans environ à Paris par l'administration des hôpitaux et qu'en deux ans environ 5,020 femmes ont été accouchées de cette manière.

Ce système soulève *à priori* des objections auxquelles l'expérience des faits permet de répondre.

Sous l'influence de la gêne, sinon parfois de la misère et sous d'autres influences plus directement individuelles, la mortalité des sages-femmes laisse trop souvent à désirer ; leur demeure ne reçoit pas toujours seulement les femmes qui viennent pour accoucher, les annales judiciaires prouvent malheureusement que chez quelques-unes l'avortement se pratique à côté de l'accouchement. Or, l'institution de l'accouchement des indigents au logis des sages-femmes sous la surveillance et aux frais de l'administration, a l'avantage de justifier l'ingérence de l'administration dans la tenue des maisons particulières d'accouchements, de fournir aux sages-femmes un surcroît de ressources.

Il est à peine besoin de dire que toutes les sages-femmes de la ville ne reçoivent pas indistinctement des accouchées indigentes. L'administration, avant de leur accorder la faveur qu'elles sollicitent, fait une enquête sur la mortalité, fait visiter leurs demeures, s'assure qu'elles présentent toutes les garanties qu'exige l'hygiène, toutes les ressources nécessaires en literie et objets mobiliers.

L'institution proposée par la conclusion additionnelle, loin d'avoir de ce chef des inconvénients, a donc des avantages multiples, sérieux, constatés par l'expérience.

On a fait, dit M. Lefort, une seconde objection.

Si la fièvre puerpérale éclate chez une accouchée ainsi reçue, le logis de la sage-femme s'infecte comme le ferait une maternité. Cela est vrai, mais comme il ne se trouve à la fois chez une sage-femme qu'une, deux ou trois accouchées, le danger immédiat est aussi limité que possible. Or, quand le fait se produit, quand une accouchée a dû être transportée à l'hôpital, ce qui est excessivement rare,

quand une accouchée succombe, ce qui est plus rare encore, la sage-femme ne reçoit plus de pensionnaires pendant un mois au moins et elle n'en reçoit de nouvelles qu'après qu'il a été constaté par le médecin délégué par l'administration que le logis est désinfecté, les literies renouvelées et que toute garantie possible a été prise contre la contamination.

L'institution a donc pour effet, non-seulement d'offrir des garanties aux indigents, mais encore de les étendre à la clientèle de la sage-femme.

Mais, dit ensuite M. Lefort, on objecte de plus qu'en cas d'accouchement vraiment difficile la sage-femme est insuffisante, et cette insuffisance est absolue en cas de maladie. Là encore l'expérience a prononcé.

Depuis le 1er avril 1873, elle relève du médecin du bureau de bienfaisance, c'est-à-dire de la direction des secours. En cas de difficulté trop grande, la sage-femme fait appeler le médecin du bureau de bienfaisance, et si la difficulté leur paraissait au-dessus de leur action, la femme peut être transportée dans un hôpital spécial. Il en est de même en cas de maladie consécutive à l'accouchement, et c'est précisément cette intervention médicale qui augmente dans une faible mesure la dépense moyenne qu'entraîne chaque accouchement.

Les résultats donnés par cette organisation sont des plus remarquables. Elle ne s'applique, point important à noter, qu'aux femmes ne pouvant être accouchées dans leur domicile et qui, par conséquent, devraient accoucher dans les hôpitaux ou les maternités. Or, dans la période qui embrasse le nouveau service régulièrement organisé comme annexe des bureaux de bienfaisance pour l'année dernière, par exemple, tandis que la mortalité était pour les femmes accouchées, chez les sages-femmes, de 1 accouchée sur 312 (2,189 accouchements; 7 décès), elle était dans les hôpitaux généraux de 1 sur 24 (3,538 accouchées, 142 décès) et dans les hôpitaux spéciaux d'accouchements de 1 sur 42 (1,265 accouchements, 30 décès) à la Maternité, de 1 sur 12 (560 accouchements, 45 décès) à la clinique d'accouchements.

Ces faits ont plus d'éloquence que les discours, et l'aggravation de la mortalité dans les maternités, par le fait du transport de femmes déjà malades ou de cas difficile, ne peut rendre compte de cette différence dans la mortalité d'une femme sur 42 et sur 12 d'une part, d'une femme sur 312 de l'autre.

On objecte que la mortalité des femmes accouchées en ville ou au domicile des sages-femmes est atténuée par le transport dans les hôpitaux de femmes devenues malades après leur accouchement.

Un document officiel permet d'apprécier la valeur de cet argument.

D'après le rapport que l'administration des hôpitaux de Paris publiera dans quelques jours, rapport déjà imprimé et dont une épreuve a été communiquée à M. Lefort qui l'a communiquée à la section, pendant les années 1872, 1873, 1874, 33,304 accouchements ont été effectués hors des hôpitaux par les soins de l'administration avec une mortalité totale de 1 femme sur 186, soit à leur domicile, soit dans les hôpitaux, où elles avaient été transportées. Or, sur 33,304 femmes; 88 seulement ont été transportées à l'hôpital et 9 seulement sont mortes. Voici donc, basées sur des faits officiellement constatés, quelle est la valeur d'un argument si souvent invoqué.

Quant à la question pécuniaire, si importante dans la pratique, elle est résolue à Paris par une augmentation de dépense de 20 fr. environ au minimum par accouchement effectué au domicile des sages-femmes.

Si donc, 66,081 femmes accouchées à l'hôpital en 1874 fussent accouchées chez les sages-femmes, l'administration hospitalière de Paris eût dépensé 532,140 fr., chiffre minime sur un budget annuel de 25 millions.

Mais au lieu de 227 décès on n'eût plus eu que 19 environ. 192,146 fr. eussent, dit M. Lefort, sauvé 208 femmes, et lorsqu'on peut pour 635 fr. racheter la vie d'une mère de famille, ce rachat est un devoir qui s'impose à l'administration.

Le rapport présenté au nom de la sectiou à l'Assemblée générale a donné lieu à une nouvelle discussion, à laquelle ont pris part MM. Hyernaux, Lefort, Laussédat, Gallard, Testelin, Forget, etc...., et à la suite de laquelle les conclusions de la section, et l'amendement de M. Lefort ont été définitivement adoptés, (voyez les conclusions, p. 374.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

THÈSES DU DERNIER CONCOURS D'AGRÉGATION

AYANT TRAIT A LA GYNÉCOLOGIE ET A L'OBSTÉTRIQUE.

(Suite et fin) (1).

III. *De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus*, par le Dr S. Pozzi, ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté, etc.

La valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus est un sujet excessivement délicat à traiter, surtout pour un concurrent à l'agrégation.

Il est en effet peu de points de la pathologie utérine sur lesquels les

(1) Voir le nº d'octobre, p. 304.

divergences des chirurgiens aient été plus profondes et qui ait donné lieu à des appréciations plus contradictoires.

L'Académie de médecine, consultée, en 1872, sur l'opportunité de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de la matrice, n'avait point émis une opinion bien franche sur ce point. Par l'intermédiaire de M. le professeur Richet, elle s'était réservée de revenir plus tard sur ce mode opératoire, bien qu'elle eût adopté les conclusions du rapport de Demarquay.

Ce dernier était catégorique ; il admettait qu'il ne faut pas toucher aux tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques lorsqu'elles sont compatibles avec la vie, et que, dans les cas plus graves, il faut les respecter encore, parce que la mort est la conséquence presque fatale de la perte de sang et de l'ébranlement de toute l'économie.

Les faits publiés par MM. Péan et Urdy en France, d'autres faits non moins concluants publiés à l'étranger sont venus justifier les réserves formulées à l'occasion de ce rapport ; aujourd'hui, M. Pozzi a pu reprendre la question de l'hystérotomie abdominale en s'appuyant sur le chiffre fort respectable de 119 observations.

Après avoir exposé les divers procédés opératoires adoptés jusqu'à ce jour, après avoir consciencieusement critiqué les résultats obtenus, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes.

« 1° L'hystérotomie abdominale, dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, est une opération qui, bien que très-jeune, est parfaitement justifiée dans certains cas ; elle mérite de prendre définitivement rang dans la chirurgie.

2° Toutefois, il n'y a aucune comparaison à établir entre les indications de la gastrotomie pour les corps fibreux utérins et celles de la même opération pour les kystes de l'ovaire.

Tandis que la plus grande partie de ceux-ci réclame ou légitime cette opération, en raison de leur marche fatalement mortelle, l'immense majorité des gros corps fibreux de l'utérus ne l'indique pas d'une façon suffisante.

3° L'opération doit être réservée aux tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques, qui ont une évolution rapide, galopante, et, s'accompagnent de phénomènes graves qui menacent l'existence.

4° Les gros corps fibreux qui ne rentrent pas dans la précédente catégorie, alors même qu'ils déterminent des accidents alarmants, doivent être traités par des moyens moins dangereux. On sait, en effet, que ces tumeurs tendent à s'amoindrir et à être tolérées à une période plus ou moins tardive ; et en tout cas, il paraît démontré par l'expérience que la mortalité résultant alors de l'expectation est moins forte que celle qui suit les opérations d'hystérotomie.

5° Quand, dans une gastrotomie faite par suite d'une erreur de diagnostic, on trouve une tumeur utérine au lieu d'un kyste de

l'ovaire, il faut en pratiquer l'ablation plutôt que de laisser l'opération incomplète, alors même que le corps fibreux ne serait pas pédiculé.

La deuxième partie de la thèse de M. Pozzi est consacrée à l'étude de l'hystérotomie vaginale. L'auteur donne à l'étude de cette méthode opératoire des développements assez longs ; il comprend sous le nom d'hystérotomie du col, l'incision simple de cet organe, l'incision suivie d'énucléation dans les cas de tumeurs fibreuses développées dans le tissu même du col, et enfin l'excision complète du museau de tanche renfermant dans son épaisseur des corps fibreux très-développés qui provoquent un véritable allongement hypertrophique.

Dans le chapitre consacré à l'hystérotomie vaginale du corps de l'utérus, M. Pozzi insiste surtout sur l'*hystérotomie intra-utérine* imaginée par Velpeau, mise pour la première fois à exécution par Amussat, tombée en discrédit chez nous et finalement adoptée avec enthousiasme par les chirurgiens anglais ou américains. Voici, en résumé, la façon dont Marion Sims pratique cette opération : Après avoir préalablement dilaté le col avec l'éponge préparée, il saisit la tumeur avec un fort crochet et l'attire en avant, tandis qu'avec des ciseaux il coupe la capsule de la tumeur au niveau de ses insertions sur les portions latérales et postérieures. Il procède ensuite à l'énucléation avec le doigt, soit avec des *énucléateurs* (tiges d'acier repliées en boucle à une extrémité). A mesure que l'énucléation se produit, la tumeur est fortement attirée au dehors à l'aide d'érignes implantées profondément dans sa substance. — Un tableau renfermant le résumé de 64 opérations d'énucléation de tumeurs fibreuses utérines est anexé à ce chapitre.

Pour nous résumer, M. Pozzi a tranché et mis dans son véritable jour la question si brûlante de l'hystérotomie abdominale ; la partie de sa thèse consacrée à l'hystérotomie vaginale est remarquable par la clarté avec laquelle y sont exposées les différentes méthodes opératoires employées jusqu'à ce jour.

IV. *Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement?* Par A. De Soyre, ancien chef de clinique d'accouchements.

Avant de répondre directement à cette question, M. de Soyre a jugé nécessaire d'entrer dans quelques considérations générales (légales, religieuses et professionnelles) au sujet de l'avortement provoqué :

Dans ce chapitre fort intéressant, l'auteur expose les divergences qui persistent encore aujourd'hui entre les écoles obstétricales françaises. On connaît la célèbre discussion qui s'éleva, il y a plusieurs années, entre MM. Stoltz et Pajot sur la question de l'avortement provoqué.

A une lettre un peu vive du professeur de Strasbourg, M. Pajot opposa une réponse remarquable à la fois par sa courtoisie et par l'esprit judicieux et sage avec lequel elle avait été conclue. Cette réponse se terminait par cette phrase :

« J'ignore s'il (M. Stoltz) est assez heureux pour avoir des enfants... »

S'il avait une fille avec un bassin de moins de 5 centimètres (il est de ces pauvres disgraciées douées de toutes les qualités du cœur et de l'esprit), attendrait-il le terme de la grossesse pour lui ouvrir le ventre ou la ferait-il avorter ?

Nous ignorons comment M. Stoltz accueillit cette question, mais à nos yeux, elle terminait le débat victorieusement pour l'École de Paris.

Il n'est pas besoin d'être père de famille, il suffit d'être homme de cœur pour apprécier à sa juste valeur l'argument aussi irrésistible qu'éloquent de M. le professeur Pajot.

M. de Soyre a soutenu hardiment les mêmes principes, et nous l'en félicitons sincèrement. Après avoir examiné avec soin les cas dans lesquels l'avortement devait être provoqué, et avoir cité à l'appui de sa manière de voir un grand nombre d'observations intéressantes dont plusieurs encore inédites, il se résume de la façon suivante :

Il est indiqué de provoquer l'avortement : toutes les fois que le bassin rétréci par un obstacle immobile ne permettra pas le passage d'un enfant de 7 mois de vie intra-utérine ;

Toutes les fois que la vie de la mère est gravement compromise par des affections qui dépendent de la grossesse et que l'on est en droit, par conséquent, de voir disparaître avec cette grossesse.

Il est impossible de formuler une ligne de conduite formelle pour les autres cas. L'opportunité de l'opération dépendant d'une foule de circonstances, est laissée à l'appréciation de l'accoucheur.

Dr L. E. Dupuy.

Recherches sur la mamelle des enfants nouveau-nés, par de Sinéty. — Chez les enfants, quelques jours après la naissance (ordinairement du quatrième au dixième,) la sécrétion lactée s'établit quel que soit le sexe. Ce fait qui a été observé depuis longtemps a donné lieu à des interprétations différentes.

Les uns (Morgagni, Billard, Scanzoni, Natalis Guillot, Gubler) admettent que ce liquide est dû à une véritable sécrétion, les autres (Kölliker, Langer, Milne Edwards) pensent qu'il est dû à une desquamation épithéliale.

« La production de liquide lactescent, dit Kölliker, que l'on ren-

contre chez le nouveau-né est dû à la destruction des cellules internes qui remplissent complètement les extrémités renflées, les rudiments de vésicule glandulaire » (1).

Milne Edwards professe la même opinion. Pour cet observateur éminent « le liquide ressemblant à du lait que l'on voit suinter de la mamelle des nouveau-nés, résulte probablement de la fonte de la portion centrale des cylindres constitutifs de cet organe lorsqu'ils se creusent pour devenir des canaux » (2).

Voici comment M. de Sinéty se rend compte de la divergence d'opinion entre les premiers auteurs qui se placent sur le terrain clinique et les seconds qui envisagent la question au point de vue anatomique.

« Si l'on examine, dit M. de Sinéty, la mamelle d'un enfant mort-né à terme on reconnaît que les descriptions données par Kölliker et Langer sont parfaitement exactes et l'on comprend que, dans ces cas, ils n'aient pu admettre de véritable sécrétion.

« Mais il n'en est plus de même si l'on étudie la mamelle d'un enfant âgé de quelques jours. Pendant ce peu de temps il se produit dans cette glande des transformations qui la font s'éloigner beaucoup des descriptions données par les auteurs et se rapprocher de la conformation de la mamelle adulte en lactation.

« Je crois donc qu'on a confondu deux phénomènes distincts : la dégénérescence de l'épithélium qui oblitère les conduits glandulaires avant la naissance, et la production du lait qui ne commence que vers le quatrième jour de la vie extra-utérine. »

Pour démontrer l'exactitude de cette opinion, M. de Sinéty a examiné la glande mammaire chez des enfants mort-nés ou morts peu de temps après la naissance et chez d'autres ayant vécu plusieurs jours.

Dans le premier cas, il a observé que la mamelle composée de conduits allant peu à peu en s'élargissant pour se diviser ensuite en deux ou trois culs-de-sac en forme d'utricule, étaient remplis de cellules épithéliales.

Vers la terminaison profonde se rencontraient des granulations formées de tissus, de cellules et des gouttelettes constituées par une substance qui au premier abord avait les caractères de la graisse, mais qui avait pour caractère de se laisser colorer par des réactifs qui ne colorent jamais la graisse.

Dans la mamelle de l'enfant ayant vécu quelques jours, l'auteur a vu que les mêmes conduits, d'abord rectilignes, se dilataient en-

(1) Kolliker. *Eléments d'histologie humaine*, trad. de Béclard et Sée, 1856, p. 598.

(2) Milne Edwards. *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*, t. IX, p. 136.

suite pour constituer ce que l'on a désigné sous le nom de *sinus lactifères* puisqu'ils se divisaient et se terminaient en cul-de-sac; que ces conduits étaient tapissés d'une seule couche d'épithélium cubique et produisaient du lait. M. de Sinéty a considéré l'extrémité de ces conduits comme des acini glandulaires.

On voit d'après cela que l'auteur rejette l'idée émise par quelques histologistes, à savoir: que la sécrétion de la mamelle chez les jeunes enfants est due au rejet de l'épithélium dégénéré. L'auteur admet dès lors qu'on a confondu deux phénomènes distincts. L'observation clinique peut d'ailleurs confirmer cette manière de voir, car le liquide sécrété n'est nullement composé de débris de cellules dégénérées mais bien de globules graisseux, ayant les mêmes variétés de dimension et tous les caractères de ceux qu'on voit dans le lait adulte. D'après ses recherches, M. de Sinéty croit pouvoir formuler les conclusions suivantes ;

1° Le lait que l'on obtient de la mamelle des nouveau-nés quelques jours après la naissance est le résultat d'une véritable sécrétion.

2° L'état anatomique et physiologique de la glande mammaire correspondant à cette période est, en beaucoup de points, comparable à celui que l'on observe pendant la lactation chez la femme adulte. (*Archives de physiologie*, mai-juillet 1875.)

Sur la version dans les rétrécissements du bassin, par le Dr William Goodell (1). — La question du traitement dans les rétrécissements du bassin est une des plus importantes de l'obstétrique. Doit-on, en effet, pratiquer la version, préférer le forceps, ou provoquer l'accouchement prématuré? Chaque année, des mémoires importants sont écrits sur ce sujet sans l'épuiser d'une façon définitive. M. Goodell est partisan de la version, mais non d'une manière absolue. « Si le rétrécissement est léger, dit-il, on essaie une ou plusieurs applications de forceps: si, avec son aide, on n'a pu engager la tête de l'enfant au détroit supérieur, il faudra avoir recours à la version. Dans les bassins dont le diamètre conjugué mesure de 7 à huit centim., il faut d'*emblée* faire la version.

Le mémoire de M. Goodell est intéressant à plus d'un titre. Après avoir rappelé les avantages attribués au forceps par ses partisans, et à la version par ceux qui la pratiquent, la question, ajoute-t-il, ne saurait être jugée par des considérations théoriques élaborées tranquillement au coin du feu, des observations cliniques peuvent seules nous permettre de nous décider en faveur de l'une ou de l'autre

---

(1) Mémoire lu devant la Société obstétricale de Philadelphie, 4 février 1875.

méthode ; il faut que chacun fournisse son contingent de faits, et il apporte le sien, consistant en dix observations personnelles.

De plus, il expose sa manière d'opérer la version, dans le cas de rétrécissement du bassin. L'angle sacro-vertébral faisant une saillie exagérée, il admet, avec Barnes que, avant de suivre la filière pelvienne, et la courbe de Carus, courbe dont la concavité est dirigée en avant et en haut, la tête doit d'abord pivoter sur le promontoire et décrire autour de ce point, comme centre, un arc de cercle à concavité, dirigé en arrière. L'un des pariétaux restant fixe, l'autre glisse derrière le pubis; ce mouvement permet à la tête de s'engager à travers le détroit supérieur rétréci. C'est pourquoi, dès que la version est faite, dès que le corps est sorti, dès que la tête repose, par sa base, sur le détroit supérieur, il porte le tronc de l'enfant en avant et en haut, l'applique sous la symphyse pubienne et tire directement en avant. Pendant ce temps, un aide, appuyant avec les deux mains sur la tête qui est au-dessus du pubis, exerce sur elle une vigoureuse pression et la repousse en bas et en arrière. L'opérateur continue ses tractions et les augmente tout en portant le tronc en bas et en arrière, vers le coccyx. Il réussit de la sorte à engager la tête; s'il n'y parvient pas, pendant que l'aide continue ses pressions sus-pubiennes, il porte de nouveau le tronc en haut et l'abaisse en tirant ; il fait de la sorte une série de mouvements analogues à ceux qu'on exécute lorsqu'on fait manœuvrer une pompe.

Par cette méthode dans laquelle il allie de vigoureuses tractions sur le tronc à une forte pression sur la tête fœtale, quels résultats a-t-il obtenus? En résumant ses dix observations, on trouve que, dans quatre cas, les enfants extraits par la versions sont nés vivants. Tous présentaient des dépressions ou des enfoncements du crâne qui n'ont été suivis d'aucune complication ; l'un avait de plus une luxation de la clavicule. Deux de ces observations sont relatives à des femmes primipares, chez lesquelles aucune application de forceps n'a été tentée. Chez les deux autres femmes, on avait déjà, dans des accouchements antérieurs, obtenu des enfants vivants avec le forceps ; ces observations ne sont donc pas concluantes. Trois autres sont des insuccès, les enfants sont nés morts : l'un avait un enfoncement considérable du crâne avec fracture des os ; l'autre avait une rupture de la colonne vertébrale. Restent trois succès véritables : la version a donné des enfants vivants, alors que dans des accouchements antérieurs on avait dû pratiquer la crâniotomie. L'opérateur a senti une secousse au moment où passait la tête d'un de ces enfants ; le second avait un enfoncement du pariétal ; le troisième offrait non-seulement un enfoncement du crâne, mais encore une fracture de la clavicule. Dans ces trois derniers cas, le diamètre conjugué du bassin mesurait de 7 centimètres 1/2 à 8 centimètres 3/4.

Le travail de M. Goodell est fort instructif; il montre que dans certains cas de rétrécissements légers la version peut être utile (1), mais nous doutons qu'il porte la conviction dans l'esprit de ceux qui sont partisans déclarés du forceps. En tout cas, l'auteur lui-même ne pourra nier qu'il constitue un complément intéressant au travail de Ruge sur les lésions du fœtus, à la suite de l'extraction, dans les présentations de l'extrémité pelvienne, soit primitives, soit consécutives à la version (2).

Ovariotomie chez une femme enceinte. — Opération césarienne. — Guérison, par le Dr Thomas Hillas. — A une séance de la Société médical de Victoria, en Australie, qui eut lieu en décembre 1874, le Dr Thomas Hillas a rapporté le cas suivant : une femme âgée de 24 ans, non mariée, fut admise à Ballarat District Hospital, le 4 juin 1872.

Cette femme, qui pensait être devenue enceinte en mars 1871, fut admise dans le service d'accouchement de Ballarat en novembre 1871, où elle séjourna jusqu'au mois de juin. A la suite d'une consultation qui eut lieu à cette époque, on renvoya la malade dans une autre salle, croyant que la malade n'était pas enceinte, mais atteinte d'un kyste de l'ovaire. A son entrée, à l'hôpital elle fut examinée par les médecins de l'établissement qui tous furent unanimes pour déclarer que cette femme était atteinte de kyste de l'ovaire et que c'était un cas très-propice pour l'opération. Le 13 juin, après que la patiente eut été chloroformisée, M. Hillas, commença l'opération en faisant une incision sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis.

M. Hillas fit alors une incision peu étendue du péritoine qui recouvrait la tumeur, mais il s'échappa, dit l'auteur, un large jet de sang veineux qui fut arrêté par la pression du doigt, et lui fit admettre qu'il avait blessé, sans le vouloir, un utérus gravide. Sûr de ce fait, l'auteur prolongea l'incision jusqu'à l'ombilic, l'utérus tomba sur les cuisses, et le kyste vint faire saillie en même temps. Ce dernier fut ponctionné et il s'en écoula onze litres de liquide. Le pédicule était court et mince ; après qu'il eut été bien assujetti à l'aide d'un fil solide, on appliqua un clamp et puis l'on fit la section du pédicule. Les bouts de la double ligature étant assujettis sur les côtés du clamp, il s'agissait alors de savoir ce qu'il fallait faire de l'utérus qui, resté pendant tout ce temps en contact avec les cuisses,

---

(1) Voyez Tarnier dans *Atlas complémentaire des accouchements*, par Lenoir, Sée et Tarnier, p. 242.

(2) *Bulletin général de thérapeutique*, juillet et août 1871.

contenait un fœtus et présentait une incision sur sa paroi, probablement au niveau du placenta.

Quelques-unes des personnes présentes pensaient qu'il fallait replacer l'organe dans la cavité abdominale, mais en face d'un accouchement qui devait se produire prochainement, et à cause de la plaie que présentait l'utérus, et qui devait certainement déterminer une rupture de l'organe, le Dr Hillas se décida à pratiquer l'opération césarienne, pensant ainsi avoir plus de chances d'obtenir la guérison.

L'utérus fut alors incisé dans une étendue de cinq pouces, et l'on put extraire le placenta et un fœtus, parfaitement vivant et bien développé. Ce dernier étant âgé d'environ 8 mois. L'incision utérine fut fermée à l'aide de fils d'argent dont les bouts furent soigneusement placés dans la partie inférieure de l'incision abdominale. L'utérus se contracta alors solidement. L'incision abdominale fut ensuite fermée, en ayant soin de laisser le clamp dans la partie inférieure de l'incision.

Le kyste et son contenu pesaient treize livres.

La malade eut des vomissements pendant les quarante-huit heures qui suivirent l'opération. Elle avait été soumise aux inhalations du chloroforme pendant une heure. Ces symptômes disparurent à la suite de l'administration de la morphine et de la glace, et au bout de quatre jours elle était dans un état très-satisfaisant.

Il se fit par la partie inférieure de l'incision un écoulement purulent qui disparut au bout de quinze jours.

La malade complètement guérie au bout de six semaines put alor sortir de l'hôpital.

Le 3 juillet, un mois après l'opération, elle eut une époque menstruelle, qui dura quatre jours et qui fut d'une abondance modérée. Le 28 août, la menstruation se renouvela.

M. Hillas, a vu cette femme à plusieurs reprises depuis cette époque, et a constaté qu'elle était tout à fait rétablie (*The Australian Medical Journal*, Melbourne, février 1875 et *The New-York Medical Record*, 31 juillet 1875.

Phlébite survenue à la suite de l'usage d'injections hypodermiques dans le traitement d'une tumeur fibreuse de l'utérus, par le Dr E. P. Allen (de Genève).

Il s'agit dans ce cas d'une demoiselle qui était atteinte d'une tumeur fibreuse utérine du volume d'une grosse orange qui remplissait complètement le petit bassin et s'étendait jusqu'à trois pouces et demi de l'ombilic. Les époques qui duraient six à sept jours étaient très-

abondantes. On commença alors des injections hypodermiques d'ergotine dans le tissu cellulaire, dans le voisinage de l'ombilic. Ces injections déterminaient une douleur vive et étaient suivies d'une certaine tuméfaction au niveau de la partie injectée.

Ces injections produisirent une diminution notable de la tumeur, et les époques ne durèrent plus que trois ou quatre jours.

Après qu'on eut fait une trentaine d'injections, on fut obligé de suspendre le traitement à cause de certains symptômes fébriles qui vinrent à se manifester du côté gauche de l'abdomen, au niveau de la hanche, le long de la jambe et jusqu'au niveau du pied. Ces parties se tuméfièrent, et l'on put sentir distinctement que les veines formaient des cordons durs au-dessous de la peau des parties ci-dessus mentionnées.

Il n'y avait pas de doute que l'on eût affaire à une phlébite, et il était à remarquer que ces symptômes avaient suivi presque immédiatement la dernière injection hypodermique d'ergotine. Après un traitement approprié, les symptômes s'amendent après avoir eu une durée de deux mois trois semaines, et la malade se rétablit.

Trois mois après que l'usage des injections d'ergotine avait été abandonné, l'écoulement menstruel redevint aussi abondant qu'au moment où elles furent employées pour la première fois.

On essaya alors d'administrer l'ergotine par l'estomac, mais, au bout de trois mois, cet organe ne pouvant plus tolérer le médicament, on fut obligé de renoncer à son usage.

Pendant quelques mois on ne fit aucun traitement, mais le volume de la tumeur augmenta rapidement.

On reprit alors l'usage des injections hypodermiques d'ergotine qui furent faites sur le côté droit du ventre. Les époques furent de nouveau moins longues et moins abondantes, et la tumeur diminua notablement de volume. Le côté droit du ventre se tuméfia, puis bientôt après la jambe, et le pied du même côté, et l'on vit se développer en ces points des sypmtômes de phlébite en tout point semblables à ceux que l'on avait observés du côté gauche, mais cependant moins intenses. Cette fois encore la malade se rétablit.

L'auteur déclare que la phlébite ainsi déterminée par l'usage des injections d'ergotine, est un fait tout à fait nouveau pour lui et dont il n'a jusqu'à présent jamais entendu parler. (*The Medical Examiner*, 1er juillet 1875.)

Du drainage du cul-de-sac de Douglas dans l'ovariotomie, par le professeur Schroeder. — A la session de la Société physico-médicale d'Erlangen qui eut lieu le 10 mai 1875, le professeur Schrœder a cher-

ché à établir que le drainage du cul-de-sac de Douglas dans l'ovariotomie était une des conditions presque essentielles de guérison.

Lorsque l'on a pratiqué l'opération de l'ovariotomie, il s'écoule nécessairement des surfaces qui ont été sectionnées une certaine quantité de sérosité qui s'accumule dans la partie la plus déclive du péritoine et ne peut être évacuée, au dehors, par l'incision abdominale, qui se trouve nécessairement au-dessus du niveau du liquide épanché.

Le drainage du cul-de-sac de Douglas permet l'écoulement facile des produits de sécrétion. Ces liquides ainsi évacués ne peuvent plus subir de décomposition, et les accidents de septicémie qui en résultent ordinairement se trouvent ainsi évités.

L'auteur admet que l'exsudation n'est pas dangereuse par elle-même et que ce n'est que la décomposition qu'elle subit qui est la cause de tous les accidents; d'où il conclut que c'est à éviter la décomposition du liquide épanché que doivent tendre tous nos efforts. (*New-York medical Record*, 25 septembre 1875.)

VARIETÉS.

Sur l'enseignement de l'obstétrique.

Nous recevons d'un de nos correspondants la lettre suivante, que nous nous faisons un vrai plaisir de publier.

Cette lettre exprime des sentiments auxquels nous nous associons de bien grand cœur. A. L.

Monsieur le Rédacteur en chef,

C'est avec beaucoup d'intérêt que nous avons pu lire dans le numéro d'octobre 1875 des *Annales de gynécologie* l'appréciation du Dr Dupuy sur l'oubli que le président du jury d'agrégation a commis dans le rapport qu'il a soumis à M. le ministre de l'instruction publique.

D'après le Dr Dupuy, cet oubli regrettable serait l'expression du peu d'importance que MM. les chirurgiens accordent à la branche des accouchements et de la gynécologie. Nous sommes entièrement de l'avis de l'honorable docteur et nous n'en voulons pour preuve que le peu de souci que prend la Faculté pour l'enseignement des sciences obstétricales. En effet, quelle part fait-elle à une branche, dont l'importance est tout aussi grande que celle de la chirurgie, quoiqu'elle s'adresse à un seul organe. Durant quatre mois de l'année et trois fois par semaine, un professeur est chargé du cours d'accouchement; après le cours, où faut-il aller mettre en pratique les belles théories qui auront été émises? A la Maternité! la porte ne s'en ouvre pas devant les étudiants. A l'hôpital des Cliniques? mais lui répondra invariablement

le cerbère, attendez, vous êtes trop jeune, vous repasserez quand vous aurez subi avec succès le 3e examen de doctorat, c'est-à-dire trois mois avant d'entrer dans la pratique. Si tous les accouchements se faisaient physiologiquement, trois mois seraient superflus, une séance suffirait; mais, malheureusement, il n'en est rien, on se trouve trop souvent en présence d'accouchements assez difficiles pour mettre à la torture l'esprit des praticiens les mieux exercés.

C'est alors que la nécessité d'études sérieuses se fait sentir; ne songez pas à gagner du temps et à consulter vos auteurs, le danger est pressant, il s'aggrave d'heure en heure, de moment en moment, il faut agir *hic et nunc*, et selon que vous agirez bien ou mal, la femme et l'enfant seront sauvés ou morts.

Dans la majorité des cas, le chirurgien a le temps de la réflexion, il consulte ses souvenirs, il se reporte aux ouvrages classiques, aux monographies, il peut s'aider des conseils de ses maîtres; l'accoucheur doit porter tout avec lui.

La génération de docteurs, à laquelle je m'honore d'appartenir, se félicite d'avoir pu suivre les cours d'un homme au sens obstétrical droit et pratique, à l'exposition claire et concise des faits, sachant intéresser son auditoire pendant des heures entières avec des sujets dont la stérilité n'échappe à personne, ayant toujours à sa disposition une anecdote intéressante pour graver dans la mémoire de ses nombreux auditeurs les faits dont l'importance et la gravité sont immenses. Mais de pareils hommes ne sont point toujours à la disposition des Facultés et, quelque savant que l'on soit, on peut ne pas savoir enseigner.

Dès lors, que la Faculté craigne de ne pas avoir toujours des Pajot à son service; qu'elle ait des salles d'accouchement et de femmes en couches accessibles à tout étudiant et dès la première heure, sous peine de voir se produire les plus fâcheuses conséquences dont la première et la principale est de donner le droit de pratiquer les manœuvres obstétricales à des hommes inexpérimentés; la seconde est l'infériorité prochaine de l'enseignement obstétrical dans la Faculté officielle sur ce même enseignement dans les Facultés libres.

Veuillez agréer. etc.

Gaillac, le 24 octobre 1875. LAVILLE.

Femme enceinte accusée de vols nombreux. Acquittement. — Une question de médecine légale intéressante a été soulevée, il y a quelque temps, à l'audience de la 10e Chambre. Il s'agissait d'une femme de 24 ans, enceinte de six mois environ, et prévenue d'avoir

commis de nombreux vols d'objets de toilette, de lingerie, etc., dans plusieurs magasins de Paris. A la suite d'une perquisition faite à son domicile, on avait découvert plus de cent cinquante cravates de soie, et des objets de toute espèce, dont elle ne tirait aucun profit.

L'inculpée, interrogée, répondit : « Je suis enceinte, et chaque fois que je suis enceinte, et c'est la troisième fois que je suis dans cet état, je suis prise d'un désir irrésistible de voler. Il faut absolument que je dérobe tout ce qui attire mes regards. Puis elle ajouta :

« Si la justice se trouvait dans ma position, elle comprendrait cela. »

Ces réponses singulières, qui furent faites à une première audience, détermina le président à appeler un médecin expert.

M. le Dr Legrand du Saulle fut appelé et chargé de fournir un rapport sur l'état mental de la prévenue, et l'affaire fut remise à quinzaine.

M. le Dr Legrand du Saulle vint lire au tribunal le rapport suivant, que nous publions *in extenso* :

« Je soussigné, Henri Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés), commis par jugement de la dixième chambre du Tribunal de 1re instance de la Seine, à l'effet de constater judiciairement l'état mental de la dame L... (née Hortense-Léontine R...), déclare avoir prêté serment entre les mains de M. le Président, et avoir accompli ensuite ma mission en mon honneur et conscience.

« Les résultats de mes investigations se trouvent résumés dans le rapport suivant :

« La dame L... est âgée de 24 ans ; elle a les traits pâles, amaigris, fatigués ; elle est enceinte aujourd'hui de six mois environ.

« En remontant le plus loin possible dans sa vie, on constate un développement intellectuel à peu près moyen, sans particularités bien spéciales à signaler, sauf des qualités assez rares de calme, de ponctualité, d'égalité d'humeur, d'ordre et de probité.

« A sa première grossesse, tout à fait au début, Hortense L... présente des troubles dans sa santé physique, dans sa manière d'être et dans ses sentiments moraux et affectifs. Ainsi, elle perd l'appétit et a des dégoûts, des évanouissements et de l'insomnie ; elle recherche constamment les crudités, telles que les radis et les fruits, et lorsqu'elle n'arrive pas à manger tout ce qu'elle a acheté et payé, elle cache le reste. D'autre part, elle se montre irritable, grondeuse, jalouse à l'excès, inabordable et parfois menaçante et violente. Elle passe à ce moment pour avoir de temps à autre de véritables absences de raison et de liberté morale, et on lui voit accomplir soudainement des actes étranges et sans justification possible, que l'on prend alors pour de simples « coups de tête. » A partir de la seconde moitié de la gestation, tous ces phénomènes s'amendent, puis dispa-

raissent. L'heure de la délivrance sonne et tout rentre dans l'ordre.

A une seconde grossesse, retour des mêmes accidents du tube digestif, de la même irascibilité turbulente et de la même jalousie. Il y a cette fois quelque chose de plus : ce sont des besoins instinctifs de voler. La malade rapporte qu'elle ne pouvait pas « maîtriser son envie, » et qu'elle a volé alors un jupon et des chemises, ou tous autres objets dont elle n'avait que faire! Elle a un souvenir très-présent de ces actes, et elle déclare qu'elle a payé toutes les factures des marchands qui avaient été lésés.

A la troisième grossesse, — celle d'aujourd'hui, — Hortense L... a donné l'exemple des mêmes désordres dans sa santé physique, son caractère et ses habitudes. Elle déclare qu'il lui prenait tout à coup la fantaisie de sortir, de marcher, d'aller n'importe où, d'entrer dans les magasins, de faire des achats déraisonnables ou de voler. « Il y « a deux cent cinquante cravates à la maison, dit-elle, et si l'on ne « m'empêche pas de sortir, j'ai bien peur de voler encore ! »

« En face des faits qui précèdent, l'appréciation médico-légale devient une simple question d'espèce. Evidemment, en thèse générale, l'état de grossesse ne provoque ni ne justifie des anomalies analogues à celles qui viennent d'être exposées, et le monde est d'ordinaire trop enclin à attacher de l'importance à certaines excentricités de la femme enceinte, à certaines *envies* ou à certains besoins prétendus irrésistibles. Je n'entends donc pas discuter la question générale des troubles intellectuels qui peuvent se produire quelquefois dans le cours de la grossesse, et je m'en tiens à l'examen du fait particulier.

« Une circonstance a tout d'abord frappé mon attention, c'est que l'*impulsion morbide* n'est point ici simulée. Comme phénomène pathologique, elle a existé. Le vol a été soudain, irréfléchi, absurde et sans profit possible, comme tout vol d'aliéné. D'autre part, le vol n'a point été un phénomène isolé ; mais il a fait partie de tout un groupe de caractères physiques, intellectuels, moraux et affectifs, et se rattache à tout un ensemble de perturbations spéciales évidemment déterminées par la grossesse, et qui déjà se sont produites dans deux situations identiques.

« L'absence enfin de tout instinct fâcheux chez la délinquante et sa très-grande bonne foi m'ont déterminé à admettre que, dans l'espèce, le fait de la grossesse avait pu imprimer une vive secousse à tout l'organisme, troubler momentanément la raison, provoquer des désirs impétueux et donner lieu à des actes inconscients.

En résumé, 1° Hortense L..., dans les deux ou trois premiers mois de sa grossesse, a présenté dans sa santé physique et dans son état mental des troubles réels ;

« 2° Ainsi que cela s'observe d'ordinaire, elle va infiniment mieux depuis qu'elle a dépassé le demi-terme.

3° Elle n'était pas en possession de sa liberté morale lorsqu'elle a commis les actes qui lui sont reprochés.

Paris, le 29 mai 1875.

Ce rapport fut suivi de l'acquittement de la dame L..., le tribunal ayant déclaré que celle-ci n'était pas, à l'époque des vols, en possession de sa liberté morale.

Emploi de l'iodoforme dans le vaginisme et dans la fissure à l'anus. — Nous lisons dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, que M. Tarnier a employé dans cette affection un mode de pansement qui lui a réussi d'une façon presque inespérée, dans un cas remarquable de vaginisme. Il s'agissait d'une jeune femme de 32 ans, mariée depuis dix-sept ans et affectée d'une hyperesthésie extrême de la vulve. Cette jeune femme se plaignait de douleurs vives dans la marche, et les rapprochements sexuels étaient un véritable supplice qu'elle évitait le plus possible. Elle ne présentait aucune lésion de la vulve ni du col de l'utérus. Le seul contact d'un stylet sur une des petites lèvres faisait pousser des cris. Elle n'était jamais accouchée, mais avait fait à 17 ans une fausse couche de six mois.

M. Tarnier eut l'idée de saupoudrer l'orifice vulvaire et les petites lèvres de poudre d'iodoforme, et quelques heures après l'orifice vulvaire était insensible. Pendant deux jours les douleurs disparurent pour revenir, mais moins intenses. M. Tarnier appliqua le même pansement en écartant l'orifice vulvaire et plaçant un tampon de ouate entre les lèvres couvertes de la poudre.

Dès le second pansement, la sensibilité était tellement diminuée que l'on pouvait toucher la vulve sans causer de douleur. Le coït avait été pratiqué quarante-huit heures après l'application du pansement; il avait été infiniment moins douloureux qu'auparavant. M. Tarnier conseilla de le pratiquer le soir même après le pansement. En agissant ainsi progressivement, en profitant chaque fois du bénéfice acquis par le pansement, il est infiniment probable qu'on arrivera à faire disparaître complètement les phénomènes douloureux et l'infirmité qu'ils entraînent.

C'est un point de pratique très-intéressant, car tous nos confrères savent que ces phénomènes douloureux vulvaires ne sont pas très-rares, créant aux femmes souvent une vie insupportable ; outre que les douleurs spontanées sont assez vives pour entraver les mouvements, la marche, et faire croire à des maladies graves du petit bassin.

M. Tarnier a également employé l'iodoforme chez une dame atteinte de fissure à l'anus, absolument intolérable. La maladie avait résisté à tous les narcotiques et les astringents usités en pareil cas;

après un seul pansement pratiqué comme il l'avait fait pour la malade atteinte de vaginisme, la douleur diminua considérablement, et la guérison fut obtenue en quelques jours.

De notre côté nous avons employé, il y a quelques mois, une mèche de charpie enduite de la pommade à l'iodoforme, chez une dame atteinte de fissure à l'anus, très-douloureuse, et nous avons obtenu une guérison complète dans l'espace d'une douzaine de jours. Depuis lors, nous avons revu la malade à plusieurs reprises, et nous avons constaté que la guérison s'était parfaitement maintenue.

Voici la formule de la pommade que nous avons employée:

Pr. Axonge, 20 gramm.
Iodoforme finement pulvérisé, 4 »

Une petite mèche, enduite de cette pommade, était introduite dans l'anus, après chaque garde-robe, par la malade elle-même, et maintenue en place jusqu'à ce qu'une nouvelle garde-robe vînt à se produire. A. L.

De l'emploi de l'acide nitrique dans la pratique des maladies utérines. — Nous avons reproduit dans le numéro d'avril de cette revue un article de M. Woodbury (de Washington), dans lequel il préconise l'application locale d'acide nitrique dans l'endométrite du col et du corps de la matrice et nous avons donné le dessin de l'instrument qui sert à cet effet (1).

Le Dr James Braithwaite (de Leeds) a lu devant la *British medical Association* un travail qui a pour titre : *De l'emploi de l'acide nitrique dans la pratique des maladies utérines et de sa supériorité sur le nitrate d'argent.* Voici le résumé de ce travail :

L'acide nitrique est le meilleur caustique à employer dans les cas d'érosion ou d'ulcération du museau de tanche ou de la cavité du col utérin. Le nitrate d'argent est inefficace et réclame de fréquentes applications, à cause de son peu d'action et de la nature de celle-ci. L'acide nitrique, au contraire, est dans ces cas un caustique certain et ne fait jamais ni trop ni trop peu. Son application produit peu ou point de douleur, et dans certains cas, où il a été appliqué à propos, il n'est pas besoin de faire un examen ultérieur au spéculum, tant on peut avoir confiance en ses effets.

Si l'on fait un examen, ce qui est préférable, mais ce qui ne doit pas avoir lieu avant un mois, on peut faire une nouvelle cautérisation à l'endroit nécessaire. La petite plaie qui résulte de son emploi a une tendance marquée à la guérison par suite du retrait des tissus qui se

---

(1) Voy. T. III, p. 296.

est la conséquence et de la reproduction d'une membrane muqueuse, n'ayant nullement l'apparence d'une cicatrice.

Le retrait qui se produit est bien plus grand qu'avec les autres caustiques et est très-important pour assurer la guérison.

Dans le catarrhe cervical, il en résulte un retrait salutaire du canal, pourvu que l'acide ait été employé avec soin.

L'action de cet acide étant de longue durée et permanente, on peut éviter de renouveler souvent les examens au spéculum, lesquels sont si ennuyeux pour la malade et pour le médecin ; le praticien peut être assuré du succès, ce qu'il n'obtient pas avec les autres caustiques.

L'emploi de l'acide nitrique, bien commun dans d'autres maladies, est conseillé par un très-petit nombre d'auteurs et entièrement passé sous silence par la plupart de ceux qui ont écrit sur les maladies des femmes et qui tous recommandent le nitrate d'argent qu'ils emploient journellement (1).

Nous avons eu, de notre côté, l'occasion d'étudier comparativement l'action du nitrate d'argent et de l'acide nitrique chez une de nos malades atteinte de métrite interne ; nous avons pratiqué chez cette malade deux fois la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent et trois fois avec l'acide nitrique pur. La première cautérisation qui fut pratiquée à l'aide de l'hystéromètre porte-caustique de M. Siredey, chargé de nitrate d'argent, fut suivie pendant plusieurs heures de douleurs très-vives ; il en fut de même de la seconde cautérisation, mais pendant moins longtemps cependant. Trois cautérisations à l'acide nitrique furent ensuite pratiquées qui ne produisirent aucune douleur sensible. Nous ne donnons ici que ces indications sommaires, nous réservant de publier l'observation avec avec tous les détails qu'elle comporte.

A. LEBLOND.

Observation d'un corps étranger séjournant pendant 20 mois dans le bassin d'une femme ; guérison. — La *Revue médicale de l'Est* rapporte d'après le *British medical Journal* le fait suivant, communiqué par Richard Barwell, R. C. S. à la *Royal medical and chirurgical Society.* — Une femme avait eu recours, vingt mois auparavant, à une personne qui, pour la faire avorter, se servit d'un cathéter : celui-ci se perdit et ne put plus être rétiré. En février 1873, elle se fit traiter une première fois pour une affection inflammatoire de nature obscure. En mai 1874, elle avoua les faits précédents. Large abcès à la hanche. Une semaine plus tard, leucorrhée ; au toucher, on sent dans le cul-de-sac postérieur une ligne dure. Par le rectum, très-haut et

(1) *British medical association* in *the obstetrical Journal*, october 1875, p. 467.

en pressant fortement sur le pubis, on découvre la même ligne dure en avant du rectum, et, un peu plus haut, une ouverture par laquelle on trouve un corps étranger. Avec une longue pince effilée, on saisit le corps étranger, et, avec l'aide du doigt, on retira un cathéter en gomme élastique, perdu dans l'utérus vingt mois auparavant. Au bout de six mois, guérison complète. Pour M. Barwell, il est probable qu'on s'était servi d'un cathéter à mandrin, que celui-ci fut poussé par l'orifice du col et à travers la paroi postérieure. Par les mouvements de défécation ou de contraction de l'utérus, il se logea entre l'utérus et le rectum, d'où les accidents. M. Spencer croit plutôt qu'au lieu de traverser le col, le cathéter fut poussé à travers le vagin et a pénétré dans le tissu cellulaire environnant.

Du repos au lit après l'accouchement. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* nous rapporte d'après le *Cincinnati Medical Record and Practitionner*, que le Dr Goodell, de Philadelphie, professe, sur le traitement des femmes en couches, des idées très-opposées à celles qui sont reçues généralement. Il encourage ses malades à se lever aussitôt qu'elles s'y sentent disposées, parce que, selon lui, beaucoup d'objections très-sérieuses s'élèvent contre la position horizontale prolongée. Le travail de l'accouchement étant un acte purement physiologique, il n'y a pas de bonnes raisons qui permette de le transformer en maladie. La nature le montre bien explicitement par ce fait que nombre de femmes désirent se lever avant que leur médecin le leur permette, et ce désir doit être considéré comme une raison suffisante pour qu'on les y autorise. En second lieu, quelques médecins considèrent que rien ne relâche la tonicité de la fibre musculaire comme le confinement au lit. D'après son expérience personnelle, le Dr Goodell estime que les femmes se sentent plus fortes le cinquième jour que le neuvième si elles sont rigoureusement maintenues sous les couvertures. Bien plus, la position debout non-seulement excite la contraction de l'utérus, mais, en régularisant la circulation, diminue la quantité des lochies et abrége la durée de leur écoulement. Au contraire, le décubitus dorsal détermine une congestion passive de tout l'organe, l'engorgement de la paroi postérieure déjà hypertrophiée au point de l'insertion placentaire, toutes choses de nature à empêcher les phénomènes consécutifs de l'évolution utérine. Une autre raison est tirée de ce que les affections utérines sont presque inconnues dans les pays où les femmes ont l'habitude de se lever de bonne heure après leur délivrance. D'après la lecture des classiques, il paraît évident que, chez les Grecs et les Romains, les femmes se levaient très-peu de temps après leur accouchement, souvent le jour même, pour se plonger dans une eau con-

rante. Enfin, ce qui vaut mieux que toutes les théories, une expérience suffisante et bien établie a prouvé au Dr Goodell qu'un semblable traitement rendait la convalescence plus prompte et plus sûre.

Vomissements incoercibles de la grossesse ; hyoscyamine.—Nous lisons dans le numéro de juillet du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, que le Dr Pitois, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes, a employé avec succès l'hyoscyamine contre les vomissements incoercibles de la grossesse. Au moins il rapporte deux cas remarquables de succès.

« Au mois de mars, je fus appelé auprès de madame X..., mariée depuis cinq mois et enceinte de six semaines environ. Elle vomissait constamment depuis huit jours, sans garder ni aliments, ni boissons, même une gorgée d'eau glacée. Pendant quinze jours, tous les moyens pharmaceutiques furent mis en usage.

Cependant, le temps pressait, la faiblesse devenait menaçante ; malgré les lavements de vin et de bouillon, les syncopes se répétaient aux moindres mouvements. L'idée me vint alors d'essayer un dernier moyen : je formulai une potion de 125 grammes dans laquelle je fis entrer 5 milligrammes d'hyoscyamine, avec indication d'en faire prendre une cuillerée à café d'heure en heure.

La troisième dose n'amena pas d'efforts de vomissements ; la sixième fut remplacée par une demi-cuillerée à bouche de malaga qui fut parfaitement supportée ; à partir de ce moment, je fis alterner ainsi ma prescription :

8 h., cuillerée à café d'hyoscyamine ;
9 h., demi-cuillerée de malaga ;
10 heures, une cuillerée de bouillon glacé.

Le lendemain matin, à 10 heures, M. L... me tendait la main en souriant et me disait d'augmenter la ration de bouillon et de remplacer le malaga par du lait glacé. J'obtempérai facilement à cette demande. Tout fut parfaitement digéré ; la convalescence fut rapide, la grossesse suit son cours ; il n'y a plus eu un seul vomissement.

A l'appui de ce premier fait, j'en ai un deuxième de date plus récente : madame B...., mariée depuis six mois, enceinte de trois mois, me consultait, le 28 mai, pour des vomissements qui l'avaient forcée de s'aliter depuis huit jours; ils remontaient à cinq semaines environ. Cette femme était d'autant plus effrayée qu'elle connaît madame L..., et qu'elle savait tous les dangers que celle-ci avait courus.

La même médication a eu identiquement le même résultat.

Voilà donc deux faits à porter à l'actif de l'hyoscyamine. Nous ne nous hâtons pas de trop à conclure, mais nous souhaitons qu'on expé-

rimente, la chose est ici permise, car le sujet est assez grave et la méthode peu dangereuse.

Ophthalmie purulente des nouveau-nés. — Voici le traitement conseillé par M. Guéniot et que nous trouvons dans l'*Union médicale*.

Après avoir retourné les paupières, on touche la muqueuse palpébrale avec un crayon composé de nitrate d'argent et de nitrate de potasse fondus à parties égales, et on lave l'œil avec de l'eau tiède plutôt qu'avec de l'eau salée. La cautérisation est renouvelée chaque jour, tant que la maladie conserve un caractère franchement inflammatoire.

Quand l'enfant est indocile et se frotte constamment les paupières, ce qui favorise singulièrement l'extension de l'inflammation au globe oculaire, la cautérisation est remplacée par l'instillation d'un collyre au nitrate d'argent, dont la richesse varie de 0 15 centigr. à 0 gr. 30 et 0 gr. 60 centigr. pour 60 grammes d'eau distillée. — L'auteur a aussi recours au collyre du sulfate de zinc, composé de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigr. de sulfate de zinc pour 60 grammes d'eau distillée, additionnée de quelques gouttes de laudanum. S'il existe du chémosis, il le cautérise largement, et si la cautérisation est insuffisante, il en pratique l'exicision sur plusieurs points de sa circonférence.

Traitement des gerçures du sein et des crevasses du mamelon chez les nourrices, par Bondel (*Arch. belges de thérap.* et *Abeille médicale*). On enduit le bout du sein de teinture de benjoin, au moyen d'un pinceau de blaireau très-fin. Par l'évaporation de l'alcool, le benjoin se dépose en poudre impalpable sur la surface de la crevasse, ce qui permet à la petite plaie de se cicatriser, en la mettant à l'abri du contact de l'air. Le benjoin n'ayant aucune propriété nuisible pour l'enfant, il n'est pas nécessaire de l'enlever, à l'aide de lotions, quand on veut lui donner à téter. Immédiatement après qu'il a quitté le sein, on applique une nouvelle couche de benjoin.

Si le moyen précédent échoue, on a recours à celui qui a été conseillé par Legroux : envelopper le mamelon de baudruche que l'on agglutine au moyen du collodion élastique. A l'aide d'un pinceau, on étale au pourtour du mamelon une couche mince de collodion, dans un rayon de quelques centimètres. On applique par-dessus une pièce de baudruche, percée de quelques trous d'épingle au niveau du mamelon, pour laisser passer le lait. Il faut éviter d'étendre le collodion sur le mamelon qui en serait très-douloureusement impressionné. Sous l'influence de la vaporisation rapide de l'éther, le collodion se dessèche et la baudruche s'agglutine. Le mamelon est plus ou moins

affaissé par la baudruche qui le recouvre et qui se tend en se desséchant.

Lorsqu'on veut donner le sein à l'enfant,.on mouille avec de l'eau le bout du mamelon. La baudruche qui recouvre ce dernier devient molle et souple, se prête à l'ampliation de ce petit organe, tout en préservant les ulcères et les crevasses de la succion. L'allaitement n'est plus douloureux ; les ulcères et les crevasses guérissent en quelques jours.

Cas rare de vaccination. — L'*Union médicale* du 11 septembre rapporte un cas rare de vaccination observé par M. le Dr Aug. Muller d'Altkirch (Alsace).

« Le 9 juillet dernier, dit l'auteur, on me présentait à vacciner un enfant de 13 mois offrant toutes les apparences d'une bonne santé. L'inoculation fut pratiquée de bras à bras à l'aide de vaccin recueilli sur un enfant sain et *bien portant* vacciné sept jours avant. Le 11 juillet l'enfant prenait la rougeole. Cette fièvre éruptive qui n'a cessé de régner dans la contrée depuis le printemps, a revêtu cette année un caractère exceptionnel de bénignité. Pendant la durée de l'éruption rubéolique, l'évolution vaccinale chez cet enfant resta non-seulement stationnaire, mais la trace même des piqûres, ainsi que j'ai pu m'en assurer *de visu*, avait totalement disparu. Le 17 juillet, huit jours après la date de la vaccination, alors que la rougeole était à son déclin, je fus très-surpris de voir les points présumés de l'inoculation s'entourer d'une aréole inflammatoire ; et à partir de ce jour, l'évolution vaccinale se produisit jusqu'à parfait développement des pustules. Je n'ai pas osé, dans la crainte de compromettre la santé d'autres enfants, emprunter à ces pustules, quoique fort belles, leur virus préservateur. Il eût été cependant bien intéressant de vérifier si ce vaccin avait conservé ses propriétés préservatrices ordinaires. »

Vomissements de la grossesse. — Nous lisons dans l'*Union médicale* que le Dr Blackwell recommande, pour combattre les vomissements des femmes enceintes, d'administrer d'heure en heure deux gouttes de teinture de noix vomique, et que grâce à l'emploi de ce moyen, il a réussi dans un cas où l'on avait employé sans succès tous les médicaments usités en pareille circonstance.

Mamelle surnuméraire. — Le *Bordeaux médical* rapporte que le Dr Calvy a observé, à l'Hôtel-Dieu de Toulon, une femme de 27 ans portant une mamelle surnuméraire qui, quatre jours après l'accouchement, a été le siége d'une sécrétion lactée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Quelques cas de fièvre puerpérale dans la pratique privée, par le Dr Charles CULLINGWORTH (*The Obstetrical Journal*, juillet 1875. p. 221).

Cas d'hydramnios coïncidant avec un fœtus anencéphale, par le professeur DILL (*Dublin Journal*, juin 1875).

Projet d'une fondation municipale pour l'élevage normal de la première enfance, par le Dr COUDEREAU (*Tribune médicale*, 25 juillet 1875).

Cas d'amputation intra-utérine, par MACAN. (Dublin Obst. Society, in *the Dublin Journal*, janvier 1875, p. 55.)

Sur le cancer de l'utérus et du foie, par le Dr FINNY. (Pathological, Society of Dublin, in *Dublin Journal*, mars 1875, p. 142.)

Rétention morbide du produit de la conception après qu'il a cessé de vivre, par Alfred M'CLINTOCK. (Obstetrical Society of Dublin, décembre 1874, in *the Dublin Journal*, janvier 1875. p 45.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

De quelques modifications à introduire dans l'enseignement médical officiel et particulièrement dans l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris, par le Dr HARDY, professeur à l'a Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par J.-A. FORT, professeur libre d'anatomie. 3e édition, revue, corrigée et augmentée, avec 1227 figures intercalées dans le texte. Chez A. Delahaye, place de l'Ecole-de-médecine. Prix : 30 fr.

Contribution à la pratique des accouchements (Etude théorique et pratique sur une espèce peu connue de version pelvienne par manœuvres internes sans traction, qu'on pourrait appeler la version simple), par le Dr Victor-Emile HOTTENIER. Chez A. Delahaye.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT. imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU DÉLIRE DES OPÉRATEURS

Par M. le Dr Guéniot,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Leçon recueillie par le Dr L.-E. Dupuy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Messieurs,

Avant de nous séparer, et pour terminer ce qui a trait aux opérations obstétricales, je désire vous entretenir d'un sujet délicat, jusqu'ici fort peu connu, sur lequel en 1864, pour la première fois, j'ai appelé l'attention dans un cours professé à l'École pratique de cette Faculté. Il s'agit d'une affection spéciale, d'un véritable délire qui vient frapper le chirurgien au cours même d'une opération; de là, le nom de *délire des opérateurs*, que j'ai cru devoir attribuer à cet état pathologique.

Quoique toute définition soit sujette à critique, je vous dirai néanmoins, dès à présent, que *le délire des opérateurs consiste dans une aberration mentale plus ou moins passagère du chirurgien, aberration qui l'entraîne à produire sur son patient des lésions presque toujours graves et, le plus souvent, rapidement mortelles.*

Plus que tout autre, le jeune médecin troublé par la vue du sang, préoccupé des jugements d'autrui, menacé dans ses intérêts comme dans son amour-propre, se trouve prédisposé aux atteintes de ce mal terrible, et partant sujet à commettre des méfaits opératoires irrémédiables ; méfaits souvent cruels que, de sang-froid, il eût été le premier à réprouver et qui, plus tard, feront son tourment, sinon sa perte. Vous prémunir contre un tel danger est donc chose utile ; c'est même, j'ose le dire, un complément indispensable à l'étude de la chirurgie opératoire. Mes vœux seront réalisés si l'histoire que je vais tracer de la maladie doit vous préserver de ses attaques. Connaître l'écueil est la première condition propre à le faire éviter.

Est-il besoin, d'ailleurs, de faire ressortir l'importance du sujet? Déjà vous la pressentez suffisamment. Si le délire dont je vous parle entraîne de telles conséquences pour l'opérateur, combien plus désastreuses et plus lamentables encore ne sont pas celles qui frappent l'infortuné patient ! Car, je vous l'ai dit, celui-ci d'ordinaire succombe rapidement ou se trouve à jamais estropié par le fait du chirurgien auquel il s'était confié et de la main duquel il attendait son salut.

Chose singulière, c'est dans la pratique des opérations obstétricales, bien plus que dans celle de la chirurgie ordinaire, que l'on observe ces déplorables malheurs. Serait-ce qu'en accouchements, beaucoup de praticiens opèrent sans connaître assez les règles d'une bonne manœuvre, et que celle-ci, en s'exécutant dans la profondeur des organes, dissimule trop souvent à l'accoucheur la gravité et l'étendue des lésions? Toujours est-il que cette circonstance ne fait qu'accroître le nombre des victimes ; car l'enfant, moins encore que la mère, ne peut survivre aux violences de l'opérateur en délire.

Pour vous montrer, Messieurs, que je n'exagère rien, laissez-moi vous citer quelques exemples. Je les emprunterai exclusivement à la pratique obstétricale, objet spécial de ce cours.

On lit, dans le tome II du *Traité* de Baudelocque, que « des chirurgiens appelés près d'une femme en travail avaient d'abord tenté vainement l'usage des crochets et d'autres moyens, jus-

qu'à écraser la tête de l'enfant qui était profondément engagée dans le bassin. Quoique la femme parût sans ressource, ajoute Baudelocque, un autre accoucheur, aussi ignorant que les premiers, pratiqua l'opération césarienne, et ne pouvant faire remonter la tête qui avait déjà franchi le col de la matrice, il eut recours à la section des pubis pour l'extraire par les voies naturelles : ce qui fut tenté vainement encore.

« Que restait-il donc à faire? Il coupa le col de l'enfant dans la matrice même, par la voie qu'avait ouverte l'opération césarienne, fit ensuite l'extraction du corps par cette voie, et celle de la tête par la naturelle, que la section des pubis avait un peu élargie. *La femme ne vécut que le temps nécessaire pour supporter tant de douleur* ; et, à l'ouverture du cadavre, on vit que le bassin était vicié; le petit diamètre du détroit supérieur ne mesurait que 2 pouces 1/2 (67 millim.), l'oblique, 3 pouces 1/2 (95 mm.) et le transversal, 3 pouces 2 lignes (85 mm.) (1).

D'une autre part, ouvrez le *Traité* de Mauriceau, et vous y trouverez ce passage significatif : « Les instruments peuvent souvent servir à garantir la femme de la mort, s'ils sont conduits, dans les occasions où ils sont requis, par la main d'un expert et prudent chirurgien; mais si on les met en celle d'un ignorant et d'un brutal, *c'est mettre une épée en celle d'un furieux,* qui du même instrument propre à servir à sa défense et à son salut, s'il en usait avec prudence, en creuse son propre tombeau quand il en fait un mauvais usage » (2).

Ici, Mauriceau admet que l'instrument doit être conduit par « un ignorant et un brutal; » mais, messieurs, même quand il s'agit d'un homme instruit et compatissant, si perdant son sang-froid il ne reste plus maître de lui-même, s'il se laisse envahir par le délire des opérateurs, vrai délire de sang, croyez bien que son intervention, loin d'être libératrice, ne fera qu'engendrer la destruction et la mort. Comme preuve de ce que j'avance, entendez cette lugubre histoire; c'est Mauriceau lui-même qui la raconte :

(1) Baudelocque. *L'art des accouchements*, 4e édit., 1807, t. II, p. 121.

(2) Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses*, etc. Paris, 1740, t. I, p. 368.

« En 1675, j'ai vu chez mon confrère M. Paris, la sœur d'une pauvre femme qui venait de mourir par les violences extraordinaires qu'un chirurgien lui avait faites pendant deux heures entières, pour l'accoucher; lequel au lieu de lui tirer du ventre son enfant qui était vivant, l'avait tué avec ses instruments et avait, en même temps, crevé et déchiré de tous côtés la matrice de la mère; ce qui avait été cause qu'elle mourut une heure ensuite et qu'une grande partie des intestins et du mésentère de cette femme sortirent hors de son ventre par l'endroit de ces déchirements, aussitôt que son enfant lui eut été tiré hors de la matrice par le sieur Clément appelé en aide au premier chirurgien....

« La vérité de ce triste récit me fut aussitôt confirmée par M. Paris, mon confrère, qui me dit avoir été mandé à l'heure même, pour faire la réduction des intestins de cette femme qui était agonisante; lesquels intestins il trouva tout à fait hors de son ventre et tout meurtris, avec le mésentère tout déchiré et en lambeaux, m'assurant qu'il n'avait jamais vu un spectacle plus horrible, et en même temps plus pitoyable.... » (1).

Or, quel était l'auteur de tous ces désordres? Quoique Mauriceau s'abstienne de le nommer, on reconnaît sans peine, par la suite du récit, qu'il s'agissait de *Viardel*, c'est-à-dire précisément d'un accoucheur expert en son art et qui, dans l'ouvrage qu'il nous a laissé, se déclare hautement l'adversaire des instruments en même temps qu'il proclame l'excellence des procédés de douceur (2).

En 1857, alors que j'étais externe à l'hôpital St-Louis, on apporta dans le service d'accouchements une femme de la banlieue qu'un de nos confrères s'était acharné à délivrer violemment. Cette malheureuse, complètement épuisée, pâle comme une morte, expira au bout de quelques heures, sans qu'on ait pu rien tenter pour la sauver. A l'examen de son cadavre, que trouvâmes-nous? D'abord, la cavité abdominale remplie d'un

(1) Mauriceau. *Traité des mal. des femmes grosses*, etc., t. I, p. 369.

(2) Viardel. *Observ. sur la prat. des accouchements*; Paris (édit. posth.) 1748, p. 218.

sang noir dans lequel flottaient les intestins et la matrice; puis, cette dernière dilacérée, contuse et affectée d'une large déchirure. Finalement nous cherchâmes la tête de son enfant qu'on nous avait dit être restée, après l'arrachement du tronc. Quelle ne fut pas notre surprise en ne la rencontrant ni dans l'utérus, ni dans le bassin, ni dans la masse intestinale! Nous commencions à croire le renseignement erroné, lorsque tout à coup les investigations du Dr Moysant la mirent en évidence : elle siégeait dans l'hypochondre gauche, derrière le grand cul-de-sac de l'estomac, en compagnie de la rate!

Un matin, pendant que j'étais chef de clinique de la faculté, on apporta pareillement dans le service une femme moribonde qui, à peine entrée, rendit le dernier soupir. Cette pauvre créature avait subi, dans le cours de la nuit, une opération obstétricale dont nous pûmes bientôt juger les désastreuses conséquences. A l'autopsie, nous trouvâmes toutes les voies génitales fortement contuses, l'utérus déchiré et séparé de ses attaches vaginales; enfin, la paroi inférieure de la vessie avait été arrachée de façon à présenter une large perte de substance!

L'auteur de ces graves méfaits était un confrère estimable qui, à lui seul — à lui seul, l'infortuné! — avait produit cet ensemble de fatales lésions. Après avoir tenté une version, peut-être difficile, il s'était acharné à vaincre tous les obstacles. En proie au délire et ne sachant plus ni guider, ni retenir sa main, il était devenu violent comme un homme au combat. De fait, ne dirait-on pas d'un duel entre le médecin et la patiente? duel, hélas! où vainqueur et vaincu sont bien dignes de pitié.

Il y a une quinzaine d'années, l'un de nos distingués confrères de la province, M. le Dr Mordret, adressait à la Société de chirurgie l'observation d'une jeune femme qui avait été reçue à la Maternité du Mans après quatre jours de travail infructueux. Quoique, dans un premier accouchement, elle se fût délivrée spontanément et avec facilité, cette fois, des médecins avaient pratiqué sur elle des essais réitérés de version et quatre applications de forceps. En raison du délabrement des parties, l'extraction de l'enfant ne fut effectuée, par M. Mordret, qu'avec une certaine difficulté; puis, des accidents inflammatoires et

gangréneux survinrent et emportèrent promptement la malade. Et que découvrit-on à l'autopsie?

On trouva une large perforation de la partie supérieure droite du vagin; une plaie profonde pénétrait jusque dans la fosse ischio-rectale et dans les muscles de la fesse droite, à travers la grande échancrure sciatique; toutes ces parties étaient gangrénées comme dans le cas de contusion profonde; enfin, on constata l'existence d'une fracture de la branche ischio-pubienne droite. C'est-à-dire, messieurs, qu'il s'en était peu fallu que le forceps, introduit en avant par l'ouverture vulvaire, n'allât sortir en arrière à travers les téguments de la fesse! « Quant aux violences qui ont produit tous ces affreux délabrements, dit le rapporteur (1), on a peine à comprendre qu'elles aient pu être assez intenses. Il faut en vérité, ignorer complètement tous les préceptes de l'art des accouchements pour agir ainsi. »

Sans doute, l'ignorance en pareil cas est une terrible auxiliaire; mais, à moins d'admettre chez l'opérateur une aberration mentale, on s'explique difficilement qu'un médecin atteigne ce degré d'insensibilité et de violence.

Dans le cours de mon internat des hôpitaux, un jour on me pria de secourir en toute hâte une pauvre femme qui venait d'être accouchée à l'aide de la version. Du sang s'échappait en abondance et d'une manière continue des voies génitales; l'état de la malade était visiblement des plus graves. En la confiant à mes soins, l'opérateur put à peine articuler quelques mots. Il me fit comprendre, néanmoins, qu'étant pressé de se rendre près d'une autre femme, il se trouvait forcé de remettre la moribonde entre mes mains, et que je pouvais tenter, pour la sauver, tous les moyens qui me sembleraient bons. A voir le trouble de ce confrère, ses yeux brillants et humides, ses lèvres tremblantes, son visage congestionné, toute sa personne, en un mot, profondément agitée, je reconnus sans peine qu'il était dominé par une violente émotion. On eût dit un athlète furieux se retirant vaincu et tout haletant de l'arène. Ma surprise était

(1) M. Blot. *Rapport sur le travail du Dr Mordret*, in *Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1862, séance du 23 juillet.

grande; car, non-seulement jamais je n'avais vu ce chirurgien aimé en proie à un tel désordre de physionomie et d'idées, mais même l'en supposer capable m'eût semblé, auparavant, de la dernière déraison. — Enfin, près de la pauvre femme, je fis de mon mieux pour combattre la perte sanguine. Vains efforts! l'hémorrhagie fut incoërcible et, jusqu'à la dernière goutte, le sang coula d'une manière inexorable. Au bout d'une demi-heure de lutte, la malade expira sous mes yeux dans un état de pâleur horrible.

Je vous laisse à penser si un tel événement était propre à surexciter ma curiosité. Pourquoi cette perte si rebelle à tout moyen de traitement? La femme était jeune, robuste et bien conformée; son utérus s'était suffisamment rétracté et le vagin, de même que les parties génitales externes, n'étaient le siége d'aucune rupture de vaisseau. Pourquoi aussi cette attitude étrange, inexplicable de l'opérateur?

L'ouverture du cadavre ne tarda pas à m'édifier sur le premier point : je trouvai, en effet, une vaste déchirure du corps de la matrice et du sang noir abondamment répandu dans la cavité de l'abdomen. Mais comment cette déchirure avait-elle été produite par un homme aussi habile, aussi instruit et aussi prudent que le maître qui avait effectué la manœuvre? — Car, messieurs, (c'est ici le moment de vous le révéler) l'opérateur auquel je fais allusion était un maître fort expert en l'art des accouchements, et sa mémoire est restée aussi justement honorée, dans la science, que le souvenir de sa bonté profondément gravé dans l'âme de ses clientes. — Comment, dis-je, une main si habile avait-elle pu provoquer une aussi grave lésion? Je l'avoue, c'est ce qu'il me fut impossible de comprendre jusqu'au jour où la répétition de faits semblables, le cours de mes réflexions et l'étude des observations cliniques me convainquirent que le médecin est parfois frappé, en pleine action opératoire, du mal redoutable qui nous occupe. Le maître dont je parle avait entrepris la version alors qu'il se trouvait indisposé; quelques difficultés surgirent; la manœuvre fut moins simple et plus longue qu'il ne l'avait pensé ; bref, se voyant fatigué et pressé de courir près d'une autre malade, il avait brusqué

ses mouvements, s'était troublé, irrité et, voulant en finir, il n'avait su, dans l'égarement de son esprit, modérer les efforts de sa main. Vous savez le reste.

Ici, ce n'est donc point l'ignorance, et moins encore la brutalité de nature (telle que l'entendait Mauriceau), qui ont engendré le délire avec ses fatales conséquences, mais simplement un état de souffrance et d'irritabilité, joint à la précipitation et l'impatience du dénouement.

Enfin, pour terminer ce lugubre exposé, laissez-moi vous citer un dernier fait non moins désastreux que les précédents, et dont je dois la connaissance à l'un de ses propres auteurs. — Au début même de sa pratique, ce confrère fut un jour appelé près d'une femme en travail, qui déjà était assistée de deux médecins. Ces derniers avaient tenté vainement plusieurs applications du forceps. Aussitôt, l'instrument fut remis entre les mains du jeune docteur. Mais celui-ci, n'obtenant pas plus de succès que ses aînés, perdit bientôt comme eux le sang-froid si nécessaire en pareil cas. L'émotion causée par les cris de la malade et par l'attitude de la famille, une certaine irritabilité nerveuse aiguisée par des résistances non vaincues, enfin l'état de congestion céphalique et de fatigue musculaire provoqué par des efforts répétés, engendrèrent promptement le trouble des idées, puis un égarement complet de l'esprit. Alors — spectacle navrant! — commença une véritable scène de destruction. Chacun des opérateurs se mit à l'œuvre : l'enfant, d'abord broyé et réduit en morceaux, ne fut extrait néanmoins qu'à grand'peine, en même temps que des lambeaux arrachés aux organes de la mère. D'une autre part, celle-ci violentée, meurtrie et déchirée en maints endroits, ne tarda pas à tomber en agonie, puis à expirer entre les mains de nos trois malheureux confrères. Et ne croyez pas qu'ils aient eu à lutter contre une de ces viciations extrêmes du bassin qui, toujours et nécessairement, rendent la parturition si dangereuse. Non; leur patiente était une femme bien conformée; et, sans qu'on puisse savoir pertinemment quelle était la vraie cause des difficultés, il est permis de penser qu'il s'agissait simplement d'une irrégularité dans la présentation

du sommet et d'un volume faiblement exagéré de l'enfant.

Maintenant, faut-il vous peindre la douleur de notre confrère, au souvenir de ce déplorable début obstétrical? Vous devinez assez quelle devait être l'amertume de ses regrets. Qu'il me suffise de vous dire qu'en me confessant ces tristes détails, il se prodiguait à lui-même les épithètes les plus malsonnantes. « *Vous n'étions*, ajoutait-il, *plus maîtres de nos mouvements; nous avions la tête perdue, nous opérions comme des fous.* »

En effet, messieurs, n'est-ce pas là une sorte de folie momentanée, une aberration à la fois intellectuelle et morale, en un mot un véritable délire? Car, comment s'expliquer les faits déplorables que je viens de vous signaler autrement que par l'intervention d'un délire passager chez l'opérateur? Serait-ce en invoquant, avec Mauriceau et Baudelocque, la brutalité du chirurgien? Mais une telle interprétation, vraie pour certains cas, devient complètement inadmissible pour d'autres. Reportez-vous au fait même que nous a légué Mauriceau et qui avait pour auteur Viardel; remettez-vous également en mémoire celui du chirurgien d'un savoir consommé, qui réclama mon office pour assister une moribonde, et vous jugerez, comme moi, que si l'ignorance et la rudesse du caractère sont pour beaucoup dans la production des méfaits opératoires dont il s'agit, cependant pour avoir de ceux-ci une complète intelligence, il est nécessaire de reconnaître que le délire du chirurgien y prend une part étiologique souvent prépondérante.

Il me serait facile, malheureusement, de grossir encore, par de nouveaux récits, le nombre de ces tragiques histoires. Mais ce serait là un soin superflu. Que pourrais-je ajouter à la signification de celles qui précèdent? Pour qui médite de pareils faits, la réalité du délire des opérateurs n'est-elle pas suffisamment démontrée? — Cela étant, je vais maintenant vous donner à grands traits une description de cette redoutable maladie.

Symptômes. — Le délire des opérateurs ne débute pas, généralement, d'une façon soudaine. Quoique rapide dans son explosion, le plus ordinairement il présente deux phases successives : celle du *vertige* et celle du *délire confirmé*.

Dans le vertige, la maladie est à son premier degré. On constate chez l'opérateur un certain trouble des sens, du tremblement nerveux, de l'obscurité et de la confusion dans les idées; sa mémoire est faiblement atteinte et les mots ne répondent plus exactement à sa pensée: désire-t-il une branche du forceps ou des ciseaux? sa langue le trahit, et il demande, sans s'en apercevoir, un corps gras ou un lacs. On remarque en lui de la crainte, de l'hésitation, un embarras très-manifeste, en un mot, une préoccupation visible de ne pas conduire à bien l'opération. Il présente, en même temps, tous les signes — mais ceux-ci n'ont rien de caractéristique — d'une congestion céphalique jointe à une sorte de fatigue ou de dépression : coloration du visage, sueurs générales, palpitations cardiaques, défaut de précision dans les mouvements.

Jusque-là, le danger n'est pas grand; car, ce qui semble dominer chez le médecin, c'est la crainte et l'hésitation; il opère en tremblant et l'esprit plus ou moins troublé, mais il n'agit qu'avec réserve.... C'est l'état du jeune étudiant à sa première saignée, ou bien encore, du jeune docteur à sa première application de forceps.

Toutefois, ne croyez pas qu'il s'agisse là d'un état indifférent; car, selon les circonstances et le tempérament de l'opérateur, ce trouble restera circonscrit dans des limites inoffensives, ou bien, au contraire, il ne sera que le prélude d'une affection éminemment dangereuse, c'est-à-dire du délire confirmé. Qu'une difficulté imprévue surgisse tout à coup et que l'opérateur soucieux soit entravé dans son action par une cause quelconque, aussitôt sa crainte de l'insuccès redouble, son esprit s'irrite, sa main s'affole; et si, dans l'entourage de la patiente, il soupçonne de la défiance, s'il croit son amour-propre blessé, sa réputation plus ou moins menacée, ces seules dispositions peuvent suffire à provoquer en lui l'explosion du délire.

Le délire confirmé, je vous l'ai dit, représente la maladie dans sa plus haute et plus terrible expression. Ici les facultés morales et intellectuelles sont perverties; l'accoucheur est égaré, impatient d'en finir; il n'est plus maître de lui-même et, pour vaincre les obstacles, il agit avec violence, parfois

même avec une sorte de fureur. Par cela même qu'il opère dans des régions profondes, il n'apprécie que difficilement l'étendue des blessures et des délabrements que sa main provoque ; ses mouvements s'exécutent sans direction, ni mesure; tout est déréglé dans son action ; enfin, si une hémorrhagie se manifeste, la vue du sang, loin de ramener quelque apaisement dans son esprit, ne fait au contraire que l'affoler davantage.

C'est ainsi qu'on pourrait dire, sans grande exagération, que le chirurgien, même doué de patience et de douceur, est parfois susceptible de ressembler au soldat ivre de sang, qui combat avec fureur dans la mêlée. Alors, son aveuglement ne connaît plus de bornes; il s'acharne avec frénésie contre les obstacles ; pour en triompher, il déchire ou arrache et les parties de l'enfant et les organes de la mère.

Enfin, l'opération est terminée. Préoccupé à bon droit de ses suites, le malheureux accoucheur n'a plus souci désormais que de quitter au plus vite le théâtre de ses tristes exploits. Ayant la présomption ou la certitude des lésions qu'il a produites, il cherche à en atténuer la gravité aux yeux des assistants ; puis, il se retire en s'efforçant, mais en vain, de dissimuler son trouble mental.

Cependant, bientôt le calme de l'esprit et la réflexion reparaissent; le délire se dissipe peu à peu et le médecin, reconnaissant ses erreurs chirurgicales, regrette avec amertume son égarement, déplore sa malheureuse persistance à terminer une opération, qu'il était devenu incapable de conduire à bonne fin. Il à peine à comprendre comment ses facultés ont pu se pervertir à ce point et sa main exécuter de tels méfaits. Parfois une consultation médicale est réclamée par lui, en vue de réparer, s'il est encore possible, le mal dont il est l'auteur. Situation vraiment douloureuse et bien digne de pitié, dont la pratique médicale possède le triste privilége! — D'autres fois, au contraire, loin de retourner près de sa malade expirante, l'opérateur s'efforce de l'éviter, cédant ainsi à un véritable sentiment de honte et d'effroi, peut-être aussi pour se soustraire aux reproches amers de la famille.

Pronostic. — Il me semble superflu, messieurs, d'insister sur le *pronostic* de l'affection qui nous occupe. Les exemples que je vous ai rapportés prouvent assez combien elle est terrible, et pour l'opérateur qui souvent lui doit la perte de sa réputation, et surtout pour l'opérée qui, presque toujours, lui doit une mort plus ou moins rapide. Le délire des opérateurs doit donc être regardé comme le mal le plus funeste qui puisse frapper l'accoucheur en action.

Diagnostic. — Quant au *diagnostic*, il repose sur la constatation des phénomènes précédemment indiqués. En général, rien n'est plus facile que de reconnaître le délire dont il s'agit. Vous ne le confondrez pas avec la *défaillance des opérateurs ;* car celle-ci dépend d'une disposition d'esprit fort différente et se traduit par des effets qui n'ont rien de commun avec ceux du délire. Dans celui-ci, la vie du patient se trouve menacée par le fait même des lésions que provoque l'opérateur ; dans la défaillance, le danger résulte, au contraire, de l'inertie ou de l'abstention du chirurgien. Les préparatifs de l'opération, la terreur et les cris du malade, la vue du sang — la vue du sang surtout — suffisent chez beaucoup de médecins pour provoquer cette défaillance. La crainte, alors, paralyse en eux toute action. Je connais ainsi plus d'un confrère qui jamais n'oserait enlever une loupe, ni même inciser un panaris. Le fait suivant nous offre un bel exemple de cette défaillance opératoire.

Trois confrères se trouvaient réunis près d'une femme en travail, qui semblait ne pouvoir accoucher. L'examen des parties leur fit constater l'existence d'une grosse tumeur osseuse qui remplissait le haut de l'excavation pelvienne. Entre cette tumeur et les pubis, l'espace resté libre était manifestement insuffisant pour permettre d'extraire le fœtus par les voies naturelles. On résolut, en conséquence, de pratiquer l'opération césarienne. Mais un quatrième confrère (M. Maslieurat-Lagémard), ayant été convoqué, fut d'un avis tout opposé. Pour lui, l'hystérotomie n'était nullement indiquée, l'accouchement était en bonne voie, et il suffisait d'attendre pour le voir se terminer, soit spontanément, soit à l'aide d'une simple application de forceps.

Ce dernier avis toutefois ne prévalut point. Les trois premiers confrères se mirent donc en devoir de pratiquer la césarienne. Or, jugez de leur déconvenue ! Les téguments étaient à peine divisés que l'opérateur, pris de défaillance, dut passer le bistouri à son voisin ; puis, presque aussitôt, celui-ci défaillant lui-même, le remit au troisième ; lequel à son tour, ne se sentant point la force de terminer, invoqua le secours du confrère dissident. De telle sorte qu'il se produisit ce fait étrange : M. Maslieurat, qui avait énergiquement déconseillé l'opération, se vit forcé de la continuer et de la conduire jusqu'à sa fin. La patiente heureusement triompha de cette dangereuse épreuve, et l'on constata que la tumeur, qui avait été prise pour une exostose du bassin, n'était autre que le crâne même du fœtus ! (1).

La manie des opérateurs est une autre disposition mentale, qu'il importe également de bien distinguer du délire ; car elle en diffère essentiellement. Il est des chirurgiens qui opèrent, et opèrent toujours, sans se soucier assez ni des indications, ni des conséquences de leur intervention. Pour eux, il semble que le résultat soit chose presque indifférente, et que ce qui importe avant tout, c'est de faire de la chirurgie active. Sacrifiant à ce besoin, ils opèrent donc en toute occasion et, naturellement, beaucoup plus que de raison. N'est-ce point là, je vous le demande, une véritable manie ?

M. Depaul me contait récemment qu'un jeune diplomate vint un jour le consulter pour une affection relevant de la chirurgie. Après s'être excusé de ne point pratiquer spécialement cette branche de notre art, le chirurgien consulté voulut bien cependant céder aux instances du malade. De quoi s'agissait-il ? En vérité, d'un mal bien *chirurgical*, puisqu'une erreur opératoire en était l'unique cause. Voici ce qui s'était passé. Le malheureux patient se trouvait à l'origine pourvu d'un nez, que son volume rendait quelque peu disgracieux. Tourmenté par cette exubérance qui,

(1) Voir Rapport de M. Depaul sur un travail de M. Maslieurat-Lagémard, intitulé : *Dix ans de pratique d'accouchement* ; in *Bull. de l'Acad. de méd.*, ann. 1852-53 ; t. 18, p. 442.

dans le monde brillant où il vivait, le faisait parfois trop remarquer, il s'avisa de consulter sur ce point un chirurgien entreprenant. Sans hésiter, celui-ci conseilla de réduire les dimensions de l'organe à l'aide d'une opération, ce qui fut aussitôt accepté. Un fort lambeau triangulaire fut donc taillé, puis retranché de l'appendice nasal, et la plaie, finalement conduite à guérison. Mais par malheur, notre chirurgien avait trop peu compté avec la rétraction cicatricielle; il advint que le dit organe se modifia tant et si bien, qu'il finit par ressembler à une sorte de crochet pointu, beaucoup plus difforme et plus laid que le nez dont la nature avait doté le patient. — Et alors il s'agissait de savoir si une nouvelle opération, en réparant les méfaits de la première, ne pourrait pas restituer l'organe dans sa forme primitive. M. Depaul, comme bien vous pensez, conseilla vivement de n'en rien faire; et le consultant, non sans amertume, dut se résigner à garder le crochet nasal dont l'avait affligé le premier chirurgien — c'est-à-dire qu'il finit par où il eût dû commencer.

Étiologie. — Maintenant, messieurs, abordons l'examen des *causes* du délire des opérateurs. Les unes sont *prédisposantes* et les autres *déterminantes*.

Parmi les premières, il faut ranger : 1° la jeunesse d'âge ou de pratique obstétricale; 2° une instruction insuffisante, jointe à la prétention de savoir; 3° une grande susceptibilité d'amour-propre; 4° enfin, l'habitude de trop adoucir le pronostic et d'annoncer, comme facile, une opération qui ne le sera pas ou pourra ne pas l'être.

Quant aux causes déterminantes, il me suffira, comme pour celles qui précèdent, de vous en donner l'énumération. Ce sont : 1° l'apparition plus ou moins soudaine de difficultés opératoires non prévues; 2° la vue du sang, qui chez certaines personnes, loin de produire la défaillance, engendre une sorte d'excitation et d'ivresse; 3° un état de souffrance et d'irritabilité nerveuse du chirurgien; 4° la résolution d'agir vite et de finir dans un délai fixé; 5° enfin, la défiance de l'opérateur envers ses aides ou envers les assistants, dont il redoute soit les critiques

soit seulement la mauvaise opinion. — Notez, d'ailleurs, qu'il est rare de voir une seule de ces causes agir isolément; elle resterait probablement impuissante à engendrer le mal; presque toujours, c'est le coucours de plusieurs d'entre elle qui détermine l'apparition du délire.

Traitement. — Comment se soustraire aux atteintes de l'affection redoutable qui nous occupe? Le remède ici doit être surtout préventif; et la thérapeutique offre ce caractère singulier, que c'est au médecin à se prémunir contre lui-même.

Lorsque vous aurez à pratiquer une opération obstétricale, commencez par vous dépouiller, autant qu'il se peut, de tout excès d'amour-propre, de même que des prétentions ambitieuses qui, parfois, assaillent l'esprit du chirurgien. Ne vous préoccupez point des jugements que pourront porter sur vous les assistants. Oubliez-vous vous-même, pour ne songer qu'à la patiente et à l'opération qu'elle va subir. Évitez d'annoncer à d'autres qu'à elle un résultat rapide, un succès certain, une délivrance assurée des souffrances qu'elle endure. Il suffirait d'une entrave quelconque, d'une difficulté imprévue surgissant au cours de la manœuvre, pour vous porter à brusquer vos mouvements. Gardez-vous surtout de toute précipitation; un opérateur pressé est un opérateur dangereux.

En dépit de vos efforts pour rester toujours maîtres de vous-mêmes, si l'opération ne marche pas à votre gré et que vous vous sentiez atteints de *vertige*, n'insistez pas, suspendez sans délai vos manœuvres et, sous un prétexte quelconque (1), propre à dissimuler votre embarras, sachez vous retirer quelques instants. A peine aurez-vous quitté l'atmosphère chaude et énervante de la chambre d'opération que, vous sentant allégés d'esprit et de corps, vous pourrez plus aisément vous recueillir et recouvrer tout votre sang-froid. Que si, malgré ces précautions, vous ne pouvez cependant retrouver un calme suffisant,

(1) En pareille circonstance, les prétextes valables ne sauraient faire défaut. Tantôt ce sera un bain ou un lavement qu'il conviendra d'administrer; d'autres fois ce sera un aide ou un instrument que les difficultés de l'opération auront rendu nécessaire, etc., etc.

alors, sans hésiter, mettant de côté toute question d'amour-propre ou d'intérêt, hâtez-vous d'appeler à votre aide un confrère plus expérimenté qui vous assiste de ses conseils et prenne, au besoin, la suite de l'opération....

En évitant ainsi les atteintes du délire, vous épargnerez à la patiente des violences inutiles et des dangers menaçants; d'une autre part, loin d'être inquiète, votre conscience s'applaudira d'un acte désintéressé, dont tôt ou tard vous recueillerez le fruit.

Je vous disais en commençant, messieurs, que nous allions aborder un sujet délicat. Vous pouvez maintenant juger qu'il en était bien ainsi. Quoi de plus grave et de plus délicat, en effet, que de traiter des choses intimes de la profession, c'est-à-dire des défaillances, des entraînements et des erreurs de nos propres confrères! Je crois l'avoir fait avec mesure et sans blesser qui que ce soit; telle était du moins ma ferme volonté.

Pour compléter cette étude, il me resterait à vous parler d'une question non moins difficile et non moins grave : celle de savoir quel degré de responsabilité incombe au chirurgien qui, dans le délire opératoire, a produit soit des lésions promptement mortelles, soit des désordres absolument incurables, quoique compatibles encore avec la vie. Mais ce sujet nous entraînerait trop loin. Tout en pensant que le médecin, dans le cas précité, doit être responsable au même titre que le malheureux qui, sous l'empire de l'ivresse, s'abandonne à des actes délictueux, je ne crois pas devoir sortir ici du cadre des études pratiques que nous nous sommes tracé. J'abandonne donc, au moins pour le présent, ce grave sujet à vos propres méditations.

ÉTUDES SUR LA SYPHILIS CONGÉNITALE

(DE LA DACTYLITE SYPHILITIQUE EN PARTICULIER),

Par M. G. Beauregard.

(4e et dernier article.) (1)

CHAPITRE V. — DIAGNOSTIC.

Dans son remarquable travail sur la dactylite syphilitique (2) voici comment s'exprime le Dr Taylor dans la partie qui concerne le diagnostic : « Il est de la dernière importance de reconnaître de bonne heure l'origine syphilitique de la lésion, un traitement rationnel pouvant prévenir la destruction complète des tissus, ou du moins atténuer notablement les déformations occasionnées par le mal.

« La *dactylite superficielle*, à sa première période, peut être confondue avec un panaris, un onyxis, mais l'absence de symptômes inflammatoires aigus, et particulièrement la nature indolente de la dactylite syphilitique, éviteront au clinicien une erreur regrettable. Si la lésion s'observe au gros orteil, il serait possible de la confondre avec une manifestation goutteuse, si là encore l'absence de symptômes aigus et de douleur ne venaient éclairer sur la nature de la cause. Dans le cas où la dactylite attaque plusieurs doigts ou plusieurs orteils, lorsque surtout plusieurs grandes articulations sont atteintes dans le même temps, on pourrait croire à une arthrite rhumatoïde, et cela avec d'autant plus de facilité, que dans l'une et l'autre affection il y a un mouvement fébrile assez notable. Mais l'arthrite rhumatoïde est essentiellement une lésion de l'articulation ; il est rare qu'elle attaque les téguments et les tissus superficiels ; en outre, elle se rencontre bien plus souvent dans les articulations métacarpo-phalangiennes et dans les jointures du métatarse, que dans celles des phalanges ; elle embrasse, dans la plupart

(1) Voir les numéros de juillet, septembre et octobre, p. 46, 189 et 252.

(2) *Op. cit.*, 1er article, p. 54.

des cas, la gaîne des tendons, en général, des fléchisseurs; elle détermine des dépôts, des tophus le long de la gaîne des tendons. La difformité dans l'arthrite rhumatismale, dès le début de l'affection, a une tendance à porter les doigts vers le côté cubital de la main, à les fléchir et à les étendre dans différentes positions; on trouve, en outre, des dépôts tophacés dans les cartilages de l'oreille; il faut enfin ajouter que la crépitation de l'arthrite rhumatoïde est sèche et dure; qu'elle s'observe dans les gaînes des tendons et commence dès le début de l'affection. Lorsque la syphilis attaque les articulations, l'histoire du malade affirme généralement l'existence de lésions antérieures, ou bien il y a des symptômes concomitants de syphilis. Le gonflement n'attaque pas autant d'articulations; il s'observe généralement sur la surface dorsale et rarement, si tant est qu'il s'y trouve jamais, sur la surface palmaire ou dans la gaîne des tendons fléchisseurs; le gonflement est d'abord sous-cutané, et on ne découvre généralement qu'après la lésion articulaire; la crépitation *que l'on n'entend pas dès le début* est plus douce. L'*enchondrome* des doigts pourrait, mais rarement, être confondue avec la dactylite syphilitique; un peu de soin suffit à les différencier. La première de ces affections n'atteint généralement qu'un côté de l'os, particulièrement le côté palmaire; elle croît très-lentement, et détermine une tumeur dure bien définie. — Les mêmes remarques s'appliquent aux exostoses.

La forme de *dactylite syphilitique profonde* pourrait être confondue avec la périostite, ou ce qu'on appelle *affection strumeuse de l'os*. On distinguera cette seconde forme de dactylite d'avec la périostite, par le peu de douleur qu'elle détermine, par sa marche subaiguë, et peut-être par la coïncidence de lésions syphilitiques des grandes articulations, lésions dont les symptômes bien marqués ont été déjà signalés; les antécédents spécifiques et la coexistence de syphilides sur le corps, aideront singulièrement à poser le diagnostic.

Enfin, la scrofule affecte surtout les os riches en tissu spongieux, tels que les os du carpe, du tarse, les extrémités des os longs; et il est bien rare qu'elle s'attaque aux phalanges. »

D'ailleurs, alors même que la scrofule s'attaquerait aux doigts, il est certains signes auxquels on pourrait la reconnaître, et qui permettent un diagnostic assez facile et assez sûr entre les manifestations des deux diathèses. Voici d'ailleurs, comment nous nous exprimons à ce sujet dans notre récent travail sur es dactylolyses (1) :

« Avant d'abandonner l'étude des manifestations dactyliennes superficielles de la scrofule, nous espérions pouvoir offrir au lecteur l'histoire d'un cas fort curieux de dactylite scrofuleuse observé chez une femme qui est venue plusieurs fois à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, alors que nous étions dans le service de M. Lailler. Cette malade, en effet, outre qu'elle présentait uu gonflement considérable de la première phalange du médius de la main droite, offrait encore un gonflement de toute la paume de la main. Cette tuméfaction était surtout accentuée au niveau du troisième métacarpien, et s'étendait même un peu vers l'avant-bras. Lorsqu'on faisait mouvoir le médius (après que le gonflement se fut quelque peu dissipé), on sentait une crépitation très-nette un peu au-dessous du ligament annulaire du corps, indiquant clairement la participation des gaînes et des tendons des fléchisseurs.

Ce fait offrait pour nous un grand intérêt. Il met, en effet, bien en évidence un des caractères distinctifs de la dactylite superficielle scrofuleuse et de la dactylite superficielle syphilitique. Dans la première, en effet, c'est toujours la face palmaire du doigt qui est le siége principal de la rougenr, et la paume de la main participe toujours plus ou moins à l'inflammation du doigt. Dans la seconde, au contraire, la face dorsale du doigt et le dos de la main sont atteints, en sorte que si, dans l'une et l'autre affection, l'inflammation, se propageant aux tissus plus profonds, attaque les tendons, les troubles fonctionnels différeront totalement. Dans la scrofule, en effet, les fléchisseurs seront atteints ; ce seront les extenseurs, au contraire, dans la syphilis (2).

---

(1) *De la difformité des doigts* (*Dactylolyses*), par le Dr G. Beauregard. Paris, 1875, p. 62, J.-B. Baillière.

(2) Un seul cas d'inflammation gommeuse des tendons a été observé aux

La scrofule et la syphilis, on le voit, ont, lorsqu'elles attaquent les doigts, une marche absolument différente. Nous rejetons d'ailleurs toute parenté, tout rapprochement entre ces deux maladies. Nous n'admettons pas l'opinion de certains auteurs qui ont dit que, quand la scrofule vient à se compliquer de syphilis, il y a association, en quelque sorte mariage ou fusion des deux maladies pour produire des phénomènes particuliers que certain auteur a nommés *scrofulate de vérole.* »

La dactylite syphilitique chez l'adulte, est, on le voit, d'un diagnostic souvent difficile. « Faisons remarquer d'abord, dit aussi M. Chassaignac (1), que les tumeurs gommeuses ne sont pas aussi bien connues qu'on pourrait le croire, par suite de la circonstance que nous allons indiquer. Les syphiligraphes plus proprement dits voient surtout les formes aiguës de la maladie, les formes chroniques se présentent surtout aux chirurgiens, particulièrement quand elles prennent le caractère de tumeurs. D'autre part, nous avons la certitude que des chirurgiens, du reste fort instruits, méconnaissent des tumeurs, et si nous voulions nous appuyer sur un fait, nous rappellerions que, dans une des séances de l'année 1855, M. Verneuil présenta à la Société de chirurgie, comme pièce anatomique, le sein d'un homme présentant les apparences grossières d'un encéphaloïde, et qui était une tumeur gommeuse. Il y a eu une autre cause d'erreur, c'est celle qui tient à ce que les chirurgiens et les syphilographes ayant confondu sous une même dénomination certaines périostites chroniques et les tumeurs gommeuses, ont considéré comme productions gommeuses des collections de lymphe plastique, qui, dans des cas de périostite chronique, se rencontrent à la surface des os. Il résulte de cela que l'histoire de la tumeur gommeuse, sous ses diverses formes, est loin d'être complète. »

Chez l'enfant, les difficultés du diagnostic augmentent, on le comprend, si bien qu'en y mettant la plus grande prudence, et

---

doigts. Il se trouve dans la huitième observation la thèse de Van Oordt *Des tumeurs gommeuses*, Paris, 1859.

(1) Chassaignac *Clinique européenne*, 1859. *De la dactylite syphilitique.*

après une recherche attentive des symptômes, on ne pourra pas toujours porter un diagnostic précis.

Dans notre planche III, fig. 3 (1), nous montrons un cas d'enchondrome des doigts publié par le Dr J.-B. Roberts (2). L'histoire du malade nous apprend que la maladie commença vers 3 ou 4 ans, et que vers 9 ans la main du petit malade présentait l'aspect que montre la figure. Chez cet enfant, il faut ajouter que la main n'était point seule le siége de tumeurs cartilagineuses, mais qu'on en rencontrait encore sur l'humérus, le coude, le cubitus, d'où luxation incomplète amenant exaction forcée de l'avant-bras; la flexion étant impossible. L'extrémité inférieure du cubitus était en outre le siége d'un arrêt de développement, et présentait une courbure anormale qui modifiait ses rapports. Des amas cartilagineux très-épais s'étaient formés sur les premières phalanges des premier, deuxième, troisième et quatrième doigts, et aussi sur les secondes phalanges de l'index et du médius. Ces tumeurs, de petit volume, semblaient en connexion avec les os des phalanges; les jointures avaient perdu, en grande partie, leur mobilité; en certains endroits même, il y avait de véritables subluxations. Pas de douleurs; les doigts pouvaient encore saisir les objets d'un certain volume, mais toute manipulation délicate était impossible.

Ces tumeurs ressemblant, à une certaine distance, à des nodules osseux, possédaient une certaine élasticité. Elles étaient formées de masses de cartilage développées dans le tissu médullaire des os. Ces enchondromes ont les caractères du cartilage que l'on rencontre pendant la vie fœtale, et peuvent se développer en maint endroit, dans le testicule ou la région parotidienne, aussi bien qu'aux doigts. Toutefois, cette affection se rencontre plus fréquemment dans les os, et est une des causes les plus fréquentes des tumeurs bénignes qu'on peut observer aux doigts. Quelquefois ces gonflements prennent un caractère malin, mais le fait est rare, et le plus souvent le dé-

(1) Voir l'article du 15 octobre, p. 266.

(2) J.-B. Roberts. *Case of multiple enchondroma of the fingers*, in *Philadelphia medical Times*, avril 1875, p. 436.

veloppement de ces enchondromes n'est suivi d'aucune conséquence grave.

Le diagnostic est en général facile, et on ne peut guère confondre ces productions anormales qu'avec certains kystes très-étendus ; erreur due à l'élasticité et à la fluctuation obscure dont jouissent ces tumeurs. — L'enchondrome des mains se voit chez les enfants et semble être une affection congénitale; l'expérience, en outre, a montré que le développement des tumeurs cesse quand l'enfant arrive à un certain âge. Disons, pour terminer, que le pouce semble jouir d'une immunité remarquable. Notre figure montre clairement l'aspect de la maladie.

Dans son ouvrage, « On Contagious Diseases, » le Dr Morgan rapporte (p. 233) le cas d'un enfant de 7 ans, dont les doigts étaient le siége de tumeurs ressemblant absolument à des enchondromes; « mais, dit l'auteur, la tendance à la suppuration, la coloration de la peau, et enfin la résorption des tumeurs sous l'influence d'un traitement approprié, me confirmèrent dans l'opinion que j'avais affaire à une lésion syphilitique. » — La figure 2 de notre planche III, montre l'état dans lequel étaient les doigts de l'enfant. En rapprochant ces deux observations, nous avons voulu montrer combien deux affections aussi différentes par la marche que par la cause, pouvaient se ressembler à première vue.

Mais c'est surtout avec des manifestations dactyliennes strumeuses que la dactylite syphilitique peut être confondue. Sous l'influence de la scrofule, en effet, il est fréquent de voir le développement des os se modifier; ce sont des périostites ou des ostéites qui, par leur marche, simulent absolument des lésions dues à la syphilis. « Dans cette variété de tumeurs, dit encore Taylor, j'ai souvent noté que la marche de la maladie était plus rapide que dans la syphilis, qu'elle amène plus vite des ulcérations, et se porte plus fréquemment sur les articulations. Mais, comme je l'ai déjà dit, ces signes distinctifs sont le plus souvent insuffisants, et on commettrait des erreurs fréquentes si les antécédents des parents les autres symptômes de syphilis, et certaines lésions osseuses caractéristiques qu'on ren-

contre souvent chez les enfants syphilitiques, ne venaient éclairer le diagnostic.

Cette distinction offre cependant une certaine importance qu'ont bien comprise des auteurs anglais. « La dactylite syphilitique, dit Morgan, survenant le plus fréquemment chez les enfants, offre à plus d'un égard un intérêt particulier, mais c'est surtout au point de vue du diagnostic différentiel avec les autres affections dactyliennes d'un caractère strumeux ou enchondromateux qu'elle mérite de nous arrêter. » Dans l'ostéomyélite, en effet, dans le spina-ventosa scrofuleux, l'opération devient le plus souvent nécessaire par suite de la marche sans cesse envahissante de la maladie ; « la maladie locale, dit Boyer, exerce une influence funeste sur la constitution du sujet : les bords des ouvertures fistuleuses se dépriment et se renversent vers l'intérieur de la tumeur ; il en découle tous les jours une matière plus copieuse et plus fétide; la fièvre, qui survient ordinairement à l'époque où les ulcérations s'établissent, mais qui est encore passagère et irrégulière, devient alors continue, et prend le caractère de la fièvre hectique; les douleurs deviennent continuelles et quelquefois intolérables ; le sommeil et l'appétit se dérangent et se perdent, la consomption se prononce, et le malade succombe à l'épuisement ou à la collication. »

Quant aux symptômes concomitants, ils sont de la plus haute importance, et leur seule présence fera diagnostiquer, dans bien des cas, une dactylite syphilitique qu'on eût été, au premier abord, tenté de prendre pour une dactylite strumeuse, cette dernière affection étant la plus fréquente. L'un des symptômes les plus importants à noter, et que le médecin doit avoir continuellement devant les yeux, est la décrépitude dans laquelle naissent les nouveau-nés syphilitiques toujours amaigris, la chair molle et flasque, la peau terreuse et ridée, ils sont semblables, comme on l'a dit, à de petits vieillards décrépits, et la vie, chez eux, semble prête à s'éteindre.

D'ailleurs, il est rare qu'un enfant syphilitique n'offre point

---

(1) *Loc. cit.*

quelques manifestations diathésiques. Trousseau et Lasègue (1) n'ont jamais vu, disent-ils, de lésions syphilitiques sur un enfant qui vient de naître; toutefois, des observations récentes ont montré qu'au moment même de la naissance la syphilis héréditaire pouvait se manifester par des signes extérieurs : « Deville, au dire de Bouchut, a observé, chez un enfant nouveau-né, des plaques muqueuses bien caractérisées, et en grand nombre, sur plusieurs parties du corps. » Mais ce sont surtout les manifestations syphilitiques osseuses que l'on voit, au moment de la naissance, coïncider avec la dactylite syphilitique. M. A. Poncet, dans la séance de la Société anatomique du 23 février 1874, dit: « Depuis les remarquables travaux de MM. Parrot et Wagner sur les altérations du tissu osseux chez les nouveau-nés syphilitiques, j'ai, toutes les fois que l'occasion s'en est présentée, recherché l'état des os dans les autopsies que j'ai pu faire de nouveau-nés. Sur douze cas, se trouvent quatre morts-nés âgés de 6 à 7 mois, et un enfant ayant respiré trois à quatre minutes; l'âge des autres enfants varie entre 3 jours et 1 mois, un était âgé de 3 mois et un seul de 6 mois; cinq offraient des manifestations syphilitiques extérieures (plaques muqueuses, éruption cutanée). Neuf fois le tissu osseux était malade à un degré variable, deux fois ces lésions s'accompagnaient de décollement épiphysaire plus ou moins complet, non pas simplement d'une épiphyse, mais de toutes les épiphyses des os longs. Deux fois les os étaient manifestement rachitiques, une seule fois le tissu osseux était complètement sain (obs. 6), quoique la mère eût eu, il y a dix ans, la syphilis. Elle avait suivi deux traitements à l'Antiquaille. — Les altérations des os, chez les nouveau-nés syphilitiques, paraissent donc être, de tous les accidents syphilitiques, le plus fréquent, peut-être serait-il pour les nouveau-nés la première manifestation syphilitique, comme la plaque muqueuse l'est habituellement chez l'adulte. J'avais encore remarqué que les deux enfants de 3 à 6 mois, issus de parents syphilitiques, étaient

(1) *De la syphilis constitutionnelle des enfants au premier âge. Archives de médecine*, octobre 1847.

rachitiques. Ces deux faits viennent à l'appui de la manière de voir de M. Parrot; en vieillissant, la syphilis osseuse devient le rachitisme. »

Mais, si les altérations osseuses sont fréquentes chez le nouveau-né, elles ne sont pas les seuls accidents tertiaires que l'on y puisse rencontrer. « C'est, dit Follin (1), chez les enfants qu'on a le mieux observé les lésions viscérales de la syphilis. » Paul Dubois et depuis G. Wisflog (2) ont attiré l'attention sur une affection particulière du thymus chez les nouveau-nés dont les parents étaient syphilitiques. Depaul (3) a observé, au sein du poumon, des indurations variables en nombre et en volume, d'une consistance analogue à celle du foie, dues à une prolifération cellulaire spéciale.

A côté de ces symptômes tertiaires que l'on voit quelquefois chez les enfants nouveau-nés, il ne faut pas oublier les symptômes de la syphilis secondaire : les pustules muqueuses, les syphilides papuleuses, pustuleuses et tuberculeuses, le pemphigus néo-natorum, bien que dans une thèse récente (4) on lise : « Quant à l'origine syphilitique du pemphigus, elle peut certes se rencontrer, mais dans la plupart des cas, cette diathèse ne prend aucune part au développement de la maladie qui a pour cause principale la chaleur excessive. » Le coryza, un des phénomènes les plus précoces de la syphilis infantile, ne doit pas être oublié.

Ces symptômes, quand ils se rencontreront chez un enfant atteint, à sa naissance, d'un gonflement plus ou moins considérable d'une ou plusieurs phalanges, lorsque surtout le gonflement s'accompagnera d'une certaine rougeur, de cris nocturnes, sans une grande agitation du malade quand on comprimera son doigt; lorsque ce gonflement et cette rougeur, siégeant à la partie dorsale du doigt et quelquefois de la main, resteront

(1) Follin. *Traité de pathologie externe*, tome I, page 372.

(2) *Beitrag zur Kenntnios der Dubois'schen Thymus Abcesse bei angeborner Syphilis.* Zurich, 1860.

(3) *Gazette médicale*, 1861, p, 372.

(4) *Du pemphigus aigu des nouveau-nés, de la première enfance*, par le docteur Faloy. Thèse de Paris, 1875.

longtemps limités sans tendre à suppuration ou à ulcération, ils permettront d'admettre qu'on a affaire à une dactylite syphilitique.

« La syphilis, dit Trousseau (1), qui frappe l'enfant, soulève les plus délicats problèmes ; elle est de ces maladies où l'expérience ne s'improvise pas. Le diagnostic n'y procède pas le plus souvent avec la sûreté que donnent des signes pathognomoniques, mais il repose sur la discussion attentive et sur l'examen comparatif des moindres manifestations. »

CHAPITRE VI. — PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

La dactylite syphilitique, par cela même qu'elle est un accident tertiaire, pourrait être considérée comme la manifestation d'une infection syphilitique grave, si, dans un mémoire récent sur les affections précoces du système osseux (2), M. Charles Mauriac n'avait montré que « l'affection de l'organisme, quelles que soient la gravité, la forme, la localisation, les tendances bonnes ou mauvaises, résolutives ou destructives de ses suites, est rapidement générale. Il n'y a pas de partie de corps qui puisse l'éviter, aucun tissu, aucun organe ne lui échappe, aucune circonstance anatomique, aucune condition de structure spéciale, ne peuvent mettre à l'abri de l'infection syphilitique. J'ajoute que je ne vois pas le mode fonctionnel, dans l'économie vivante, qui possède la vertu de préserver certaines parties de l'organisme des atteintes du virus, en leur conférant soit une immunité absolue, soit une immunité relative et variable suivant les différentes phases de la maladie constitutionnelle. Du moment que la matière du virus a proliféré dans la masse sanguine au point de la rendre virulente et capable d'imprégner, sous ce nouvel état, toutes les molécules organiques, chaque tissu, chaque organe et chaque système organique, similaire ou non, se trouve dans les conditions d'opportunité

(1) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 307.

(2) *Sur les affections précoces du système osseux*, par M. Charles Mauriac, *Gazette des hôpitaux*, 10 août 1872 et suivants.

propres à contracter l'action morbide. Si donc on envisage l'infection syphilitique au point de vue de la *topographie* et de la *chronologie* des affections qu'elle suscite, on n'y trouve pas les éléments d'une classification rationnelle. La division des accidents consécutifs de la syphilis en secondaires, tertiaires et même quaternaires, est artificielle et arbitraire; elle ne s'applique pas plus à la syphilis qu'aux autres maladies constitutionnelles.

Que devient la fameuse triade syphilitique, si les accidents tertiaires peuvent se produire en même temps que les secondaires et même les précéder?

J'ai vu des manifestations syphilitiques qu'on a l'habitude de considérer comme tardives et de qualifier de tertiaires, survenir au début de la syphilis dans les os et le périoste, dans les viscères splanchniques, dans les muscles, dans le tissu cellulaire, en un mot, à peu près dans toutes les parties constituantes de l'organisme. Ce qui me fait dire plus haut, qu'il y avait tout à la fois généralisation et simultanéité dans l'action du virus syphilitique. »

Ces considérations, présentées par M. Mauriac au sujet des adultes, Parrot, sans les contester chez ces derniers, les étend aux enfants très-jeunes, et il fait remarquer que les lésions osseuses sont constantes chez les nouveau-nés syphilitiques, qu'elles existent même durant la vie fœtale, et que, s'il est impossible de démontrer qu'elles ont précédé les plus hâtives, on peut affirmer qu'il en est ainsi chez un certain nombre de sujets et que, en tout cas, elles sont contemporaines des manifestations par lesquelles la maladie, virtuelle jusque-là, témoigne pour la première fois sa puissance.

Quoi qu'il en soit, sans nous occuper davantage de la transposition que semble éprouver dans ses symptômes l'infection syphilitique lorsqu'elle se développe chez le fœtus, nous devons dire que la dactylite syphilitique est, en tant que maladie locale, facile à guérir, et que la gravité qu'elle offre quelquefois, elle la doit tout entière à la cause infectieuse dont elle dépend.

Nous serons bref sur la question du traitement; assez d'auteurs ont parlé avant nous de l'efficacité du traitement anti-

syphilitique; nous adoptons pleinement les opinions en cours depuis les syphilographes distingués qui ont eu pour noms Frascator et Jean de Vigot, et reconnaissons pleinement les services rendus par le mercure et l'iodure de potassium. « M. Ricord pense, à tort selon moi (1), que le traitement exerce, sur l'évolution des accidents syphilitiques, une action perturbatrice qu'il formule avec plus d'esprit que d'exactitude par le vers suivant :

Un beau désordre est un effet de l'art.

Ceci étant admis pour la syphilis des adultes, on se souviendra que « l'enfant est dans les conditions de l'adulte soumis à la même cachexie ; à mesure que le traitement opère, on voit s'améliorer l'état général » (Trousseau).

Terminons en rappelant combien il est important de poser de bonne heure un bon diagnostic, la dactylite syphilitique amenant souvent très-tôt des déformations aussi regrettables qu'incurables.

CONCLUSION.

La dactylite syphilitique est une affection plus rare encore chez l'enfant que chez l'adulte.

Elle est due à une exagération, une perversion de la nutrition des os, à une dystrophie osseuse syphilitique.

Elle peut amener la destruction totale ou partielle d'un ou plusieurs doigts; elle s'accompagne de douleurs nocturnes, de déformation, de cachexie générale, qu'un diagnostic hâtif peut guérir facilement.

Les préparations mercurielles tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, l'iodure de potassium, seront plus efficaces dans le cas de dactylite syphilitique, que l'amputation ne le serait dans le cas de dactylite scrofuleuse.

En publiant le travail qu'on vient de lire, nous n'avons point voulu donner des leçons; nous nous reconnaissons, sur ce sujet, trop incertain nous-même. Que les pages précédentes amènent la publication de quelques cas analogues à ceux que nous avons présentés, et notre but sera rempli.

(1) Charles Mauriac. *Loc. cit.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OVARITE

Par M. Bouveret,
Interne des hôpitaux.

Les inflammations du tissu et des organes qui entourent l'utérus sont généralement décrites sous le nom de phlegmasies péri-utérines. Nombre de cliniciens ne croient pas le diagnostic susceptible d'une précision bien plus grande ; il leur suffit souvent de reconnaître la nature inflammatoire d'une tumeur voisine de l'utérus. D'autres auteurs, au contraire, s'efforcent d'établir que ces phlegmasies constituent un genre dans lequel on peut et l'on doit, même en clinique, admettre un certain nombre de variétés : phlegmon, péritonite, salpingite, ovarite. C'est ainsi que tout récemment, dans ses leçons sur les maladies des femmes, M. Gallard s'attache particulièrement à exposer et à compléter l'histoire de la variété ovarite.

Preuves en mains, il établit que l'ovarite existe bien à titre d'affection distincte, que cette maladie est fréquente, qu'elle possède un ensemble de symptômes suffisant pour permettre d'en établir fréquemment le diagnostic ; enfin que ce diagnostic est d'une importance réelle, car le traitement présente quelques indications que ne comportent ni le phlegmon ni la péritonite. Or, si l'histoire clinique de l'ovarite est déjà fort avançée, il n'en est pas de même de l'anatomie pathologique. Tous les auteurs répètent la belle observation de Scanzoni et s'arrêtent faute de documents authentiques. C'est que l'ovarite, quoique fréquente, cause rarement la mort ; et quand on a trouvé des traces non-douteuses d'inflammation dans l'ovaire, on a le plus souvent manqué de renseignements sur l'évolution clinique de la maladie. A tous ces titres, l'observation suivante présente un grand intérêt : la malade fut suivie dès le début, et le diagnostic porté pendant la vie se trouva vérifié par l'autopsie.

M. B. femme E. âgée de 33 ans. Antécédents tuberculeux. Sa mère est morte d'une maladie de poitrine. Elle habite la Lorraine jusqu'à l'époque de son mariage. Les règles s'établissent à 12 ans, sans aucun accident ; depuis l'écoulement menstruel reparaît régulièrement tous

les mois : il est modéré et dure de quatre à cinq jours. Mariée à 23 ans, elle vient habiter Paris. Grossesse peu de temps après. Accouchement à terme d'un enfant bien portant. Elle nourrit et se lève au neuvième jour; pas d'accidents. A 27 ans deuxième grossesse. Accouchement à terme. Elle renonce à nourrir, se sentant trop faible. A cette époque, elle était concierge, habitait un logement froid, humide et travaillait beaucoup. Son deuxième enfant meurt à l'âge de 1 an, présentant des symptômes de méningite tuberculeuse. Sa santé jusqu'alors avait été assez bonne; les règles avaient reparu deux mois après le second accouchement; mais à cette époque elle commença à souffrir de la poitrine : toux, point de côté, fièvre le soir, amaigrissement, perte des forces. Elle reste deux mois au lit, et se relève incomplètement guérie. Des pertes blanches se sont établies et n'ont pas cessé depuis. Même état jusqu'en janvier 1873. La malade remarque que ses règles sont beaucoup plus abondantes que d'habitude, elles durent une semaine environ et chaque fois, avancent de quelques jours. Cependant pas de douleurs manifestes. Dans la période intermenstruelle, leucorrhée continue.

Au mois d'août de la même année, sans cause appréciable, métrorrhagie très-abondante qui débute quelques jours avant les règles et dure près de deux semaines. Le ventre était un peu ballonné depuis quelque temps et la malade avait ressenti quelques douleurs sourdes dans les reins, La perte s'arrête sous l'influence du repos au lit; mais les douleurs lombaires qui l'avaient annoncée persistent et s'aggravent à chaque menstruation. La constipation devient habituelle, la défécation douloureuse; pas de troubles de la miction. Les mêmes accidents reparaissent en septembre et en décembre; mais cette fois plus sérieux : fièvre, nausées, vomissements, douleurs abdominales. La malade entre à la Pitié vers la fin d'octobre. La perte avait cessé depuis trois jours, l'état n'en était pas moins sérieux. Douleurs très-vives à l'hypogastre et dans le petit bassin, exaspérées par la marche, la station verticale et même les mouvements dans le lit; aussi la malade se tient-elle immobile dans le décubitus dorsal. Ces douleurs abdominales retentissent péniblement dans les reins. Le ventre est tendu, chaud, très-douloureux à la palpation. Peau moite, pouls 90. Langue saburrale, soif, anorexie, nausées, constipation. Le toucher donne les résultats suivants. Sensation de chaleur dès que le doigt pénètre dans le vagin ; col très-élevé gros et mou. Utérus peu mobile comme enclavé. culs-de-sac déprimés, présentant de l'empâtement diffus, sans tuméfaction bien limitée, la pression y développe de la douleur. On ne peut y sentir des battements artériels. M. Gallard diagnostique : Métrite et péritonite, faisant d'ailleurs remarquer que cette péritonite a son point de départ dans le petit bassin, dans les organes génitaux internes, les ovaires probablement. On prescrit : purgatifs légers, cataplasmes, injections émollientes, lavements laudanisés, quelques

jours après, application de vésicatoires à l'hypogastre. Des signes de tuberculisation pulmonaire commençante contre-indiquent l'emploi des émissions sanguines. Cette poussée aiguë de péritonite ne tarda pas à se calmer. Quelque temps après le toucher donnait de nouveaux résultats : dans chaque cul-de-sac, on sent une tumeur limitée, que l'on reconnaît pour l'ovaire enflammé. La tumeur gauche est plus volumineuse que la droite. Battements artériels très-appréciables, le diagnostic se complète : Ovarite avec péritonite et phlegmon péri-utérin. Cependant les douleurs abdominales et la fièvre reparaissent : et d'autre part les lésions pulmonaires s'aggravent de plus en plus. Vésicatoires, calomel, opium. A la fin de novembre, il était évident que la tumeur droite avait sensiblement diminué. Le 10 décembre elle avait disparu ; au contraire la tumeur du côté gauche augmentait de volume et devenait plus molle au toucher. Survint ensuite un peu d'amélioration ; la malade voulut alors rentrer chez elle, fin de mars 1874. Trois mois après, le 18 juin 1874, elle rentrait de nouveau dans le service. Pendant ce temps la phthisie pulmonaire avait marché rapidement : fièvre intense, dyspnée, amaigrissement considérable, toux fréquente; on soupçonne l'existence d'une granulie. Quant à l'ovarite, les signes s'en étaient peu modifiés : on sentait toujours par le toucher une tumeur très-appréciable dans le cul-de-sac latéral gauche, tandis que le droit paraissait relativement libre. La malade se plaignit jusqu'à la fin d'une vive douleur à l'hypogastre. Mort le 17 juillet 1875.

Autopsie. — Les deux poumons présentent aux sommets des lésions tuberculeuses anciennes, et dans toute leur étendue, une éruption confluente de granulations.

Péritonite ancienne remontant jusqu'à l'ombilic, mais dont les lésions sont d'autant plus prononcée qu'on se rapproche davantage du bassin.

Anses de l'intestin grêle réunies par des fausses membranes ; on n'y trouve pas trace de tubercule, non plus que dans tout le reste de la cavité abdominale. Notable quantité de pus accumulé entre la vessie, l'utérus et le rectum.

Collection purulente enkystée de fausses membranes en arrière de l'utérus et à droite, mais relativement très-élevée : le péritoine semble se réfléchir de l'utérus sur le rectum au niveau du tiers supérieur de l'utérus : le reste du cul-de-sac utéro-rectal est effacé par des adhérences.

En avant de l'utérus, sur la face antérieure de cet organe et sur la vessie, le péritoine est épaissi par plaques et présente çà et là des teintes ardoisées, mais les lésions de la séreuse sont beaucoup plus prononcées et certainement plus anciennes dans la moitié postérieure du petit bassin, en arrière des ligaments larges et de l'utérus. C'est là que cette péritonite semble avoir pris naissance, pour se propager

ensuite dans diverses directions. On y trouve des fausses membranes multiples, quelques-unes épaisses, organisées, par conséquent anciennes, toutes plus ou moins infiltrées de pus, mais surtout développées à droite au-dessus de la fossette rétro-ovarienne, où elles limitent la collection purulente dont il a été question déjà.

A côté de ces lésions de la séreuse péritonéale, il en existe d'autres de même nature dans le tissu cellulaire péri-utérin. En effet on trouve dans ce tissu des traces de phlegmasie ancienne. La partie supérieure de la cloison recto-vaginale présente un épaississement manifeste. Les trois ailerons des ligaments larges, sont intimement soudés dans toute leur étendue, non-seulement par des brides péritonéales, mais aussi par l'induration du tissu cellulaire de ces ligaments. Il est vrai que ce phlegmon est beaucoup moins étendu que la péritonite qui l'accompagne et dont les symptômes ont d'ailleurs dominé pendant le cours de la maladie.

L'utérus est relativement sain.

Le parenchyme présente sa consistance et sa coloration habituelles. Quant à la muqueuse, très-légèrement congestionnée au niveau du corps : elle montre, au niveau du col, des plaques ardoisées et des follicules hypertrophiées : il existait donc de la métrite de la muqueuse cervicale.

Les altérations des trompes et des ovaires diffèrent à droite et a gauche et nécessitent une description distincte. A droite, la trompe. très-déviée de sa situation normale, est rejetée en arrière et en bas; elle décrit sur la face postérieure de l'utérus, une S allongée, d'ailleurs immobilisée dans cette position vicieuse par des adhérences péritonéales anciennes. Des adhérences de même nature soudent entre elles toutes les franges du pavillon. La cavité de cet organe est à peine distincte, elle ne contient pas de pus. La muqueuse de ce pavillon semé de taches ardoisées, épaissie, se confond avec les tissus sous-jacents. Le reste de la trompe présente des lésions analogues : augmentation de volume due surtout à l'épaississement des tuniques muqueuse et sous-muqueuse, effacement de la cavité centrale, taches ardoisées sur la muqueuse. L'ovaire droit est également rejeté en bas et en arrière, au-dessous du crochet de la trompe, sur les côtés de l'utérus, au niveau des insertions vaginales. Le bord libre convexe est tourné en bas, et le bord adhérent regarde en haut. Il est petit, comme ratatiné, revenu sur lui-même ; le diamètre transverse atteint à peine deux centimètres et demi, l'antéro-postérieur cinq millimètres. La surface en est rugueuse, inégale. A la coupe, le tissu blanchâtre induré, crie sous le scalpel. Plus loin, nous décrirons les lésions microscopiques de cet ovaire.

A gauche, la direction de la trompe est normale ou à peu près. Du reste cette trompe, comme celle du côté droit, est le siége d'une inflammation chronique, portant de préférence sur la muqueuse et la

tissu sous-muqueux. Le pavillon, dont toutes les franges sont soudées, confondues, se trouve transformé en une cavité du volume d'une noisette contenant un pus épais, blanchâtre. Cette cavité communique par un petit orifice avec celle dont est creusé l'ovaire correspondant. Enfin la face postérieure de ce pavillon adhère très-intimement à la face antérieure du rectum. Entre la trompe et l'utérus, proéminent fortement sur le rectum qu'il comprime contre le sacrum, libre par la face supérieure, mais très-adhérent au rectum par la face postérieure, apparaît l'ovaire gauche. Il est volumineux, gros comme un œuf de poule à peu près. Incision transversale, issue d'une cuillerée de pus crémeux, bien lié, sans grumeaux. On constate facilement que cet abcès communique avec celui du pavillon. Les adhérences au rectum sont surtout développées à l'extrémité externe du diamètre transverse : en ce point, vascularisation plus abondante, nombreuses taches pigmentaires ; très-probablement la collection purulente était en train de se frayer une issue par le rectum. Ainsi l'ovaire se trouve transformé en un véritable abcès. La paroi, espèce de çoque fibreuse, présente une épaisseur de 3 à 4 millimètres à peu près égale dans tous les points, sauf au niveau de la trompe où elle se creuse d'un orifice de communication. Sur la coupe de cette paroi on distingue aisément deux couches, l'une externe, grisâtre et plus friable, l'autre interne, blanchâtre, d'aspect fibroïde et plus résistante. En aucun point de cette paroi on ne rencontre de petits abcès, communiquant ou non avec la grande collection purulente.

Examen histologique. — Ovaire droit. A l'état normal, le stroma de l'ovaire est constitué dans la substance corticale par un tissu conjonctif fibrillaire serré avec de nombreux corpuscules conjonctifs fusiformes (Kœlliker). Or, dans cet ovaire le stroma est profondément modifié. Il n'y a plus trace de corpuscules conjonctifs fusiformes, ou corps fibro-plastiques. On ne rencontre dans toute l'épaisseur de l'organe, aussi bien dans la substance médullaire que dans la substance corticale, que des faisceaux épais de tissu conjonctif complètement développé, onduleux, et diversement entrecroisés. Cependant dans la substance corticale, la direction transversale, parallèle à la surface libre, semble prédominer; çà et là sur les préparations se montre la coupe de vaisseaux remplis de globules de sang. Les tuniques de ces vaisseaux participent à la même altération, elles sont fibreuses et beaucoup plus épaisses qu'à l'état normal.

Les taches pigmentaires qu'on peut voir à l'œil nu sur la coupe de l'organe sont constituées par l'agglomération de certains points, et de préférence dans la substance corticale, d'un grand nombre de granulations d'hématosine, de forme et de volume très-variables. Les follicules n'ont pas disparu ; on les reconnaît aisément : mais ils sont très-altérés et paraissent beaucoup moins nombreux qu'à l'état normal. Au milieu des faisceaux lamineux entrecroisés, on rencontre

des espèces de fentes, les unes allongées ovalaires, les autres étoilées ou plus irrégulières encore : ce sont des restes de follicules. L'enveloppe conjonctive distincte, formée de deux couches, a complètement disparu, ou plutôt elle se confond avec le tissu conjonctif du stroma. Dans aucun de ces follicules, on ne trouve d'ovule ; mais le revêtement épithélial persiste en plusieurs points, représenté par quelques cellules pavimenteuses plus ou moins régulièrement allignées sur le bord de ces espèces de fentes.

Les parois opposées de ces follicules sont presque partout en contact : beaucoup ne sont plus figurées que par une double rangée de cellules épithéliales. Tous ces aspects présentés par les follicules sont assez comparables à ceux que donnent dans la sclérose du poumon les alvéoles pulmonaires aplatis et perdus au sein du tissu conjonctif.

Ovaire gauche. — Il était intéressant de rechercher s'il existait encore des traces de follicules dans les parois de la collection purulente. Les deux couches d'épaisseur, à peu près égale, qu'on y distingue à l'œil nu, offrent une structure bien différente. La couche interne, d'aspect fibroïde, blanchâtre et résistante, est formée de faisceaux épais et compactes de tissu conjonctif complètement développé. Tous ces faisceaux, d'aspect fibrillaire, sont régulièrement superposés et s'entrecroisent sous des angles très-aigus : leur disposition rappelle celle des lames de la cornée. Çà et là apparaissent des espèces de fentes ou lacunes très-allongées, fusiformes et parallèles aux faisceaux lamineux. A première vue, on pourrait les prendre pour des corps fibro-plastiques; mais, avec un grossissement suffisant, on reconnaît qu'il s'agit d'espaces libres ménagés entre les faisceaux, et non d'éléments conjonctifs fusiformes. Quelques lacunes contiennent des granulations graisseuses. D'autres, plus développées, surtout entre les lames les plus internes, contiennent un certain nombre de cellules présentant les caractères des cellules dites embryonnaires. Ces cellules, très-abondantes sur la face interne de la coque fibreuse au contact du pus, y forment une couche continue. Des granulations d'hématosine sont disséminées entre les faisceaux, ou bien agglomérées en quelques points.

Tout ce tissu ne présente aucune analogie avec le stroma de l'ovaire. On n'y trouve ni vaisseaux, ni traces de follicules. C'est un tissu conjonctif de nouvelle formation, comparable au tissu lardacé des inflammations phlegmoneuses chroniques.

La couche externe, vivement colorée par le carmin, tranche, par son aspect, sur la couche interne, très-faiblement colorée, et dont les lames les plus profondes, riches en cellules, présentent seules des îlots rougeâtres. Dans cette couche externe, les faisceaux lamineux, moins épais, plus onduleux, rappellent le stroma de l'ovaire. Ils circonscrivent des espaces, des aréoles de forme et d'étendue variables.

Toutes ces aréoles sont remplies de cellules dites embryonnaires, très-abondantes, surtout dans les aréoles les plus rapprochées de la face péritonéale. Les parois des vaisseaux sont également infiltrées d'éléments cellulaires. Enfin, dans cette couche. on trouve des follicules. Les plus profonds présentent une altération analogue à celle des follicules de l'ovaire droit : ils sont petits, ratatinés, sans parois distinctes, transformés en espèces de fentes, les unes allongées ovalaires, les autres étoilées, sur le bord desquelles on reconnaît des restes du revêtement épithélial. Les follicules plus superficiels conservent à peu près une forme arrondie : ils sont beaucoup plus volumineux que les précédents.

L'enveloppe conjonctive se distingue facilement du stroma, mais elle est remplie d'éléments cellulaires, répandus au milieu des petits faisceaux lamineux qui la constituent. La cavité, très-réduite, est remplie d'une substance finement granuleuse; on n'y trouve pas d'ovule. La face interne de l'enveloppe conjonctive est encore en certains points tapissée de quelques cellules épithéliales. Entre les follicules, se montrent de nombreux amas de granulations d'hématosine, et tout à fait au voisinage de la surface libre, des agglomérations de granulations graisseuses, souvent renfermées dans de véritables vésicules.

Nous avons constaté dans cette observation une affection complexe, portant à la fois sur les ovaires, le tissu cellulaire, le péritoine et même l'utérus. Mais il est bien évident que le point de départ de tout ce processus inflammatoire a été l'ovaire. Ce n'est là qu'un cas particulier de ce fait général souvent rappelé : les lésions, et surtout les lésions inflammatoires des viscères, retentissent tôt ou tard sur les membranes qui les enveloppent.

Remarquons que le diagnostic fut porté pendant la vie, et que la marche de l'ovarite fut suivie presque dès le début. Des troubles de la menstruation se sont d'abord manifestés : fait important, qui permit de soupçonner, en pleine période de pelvi-péritonite, que le point de départ de cette inflammation devait être l'ovaire. Plus tard, l'apparition de deux tumeurs présentant les caractères de l'ovaire enflammé, vint confirmer ce diagnostic anticipé.

Quant à savoir dans quels éléments de l'ovaire a pris naissance l'inflammation, il paraît bien probable que c'est dans le stroma et non dans les follicules.

L'observation de Scanzoni, si souvent citée, est, au contraire, un exemple remarquable d'ovarite dans laquelle l'inflammation porte de préférence sur les follicules. — « Une vésicule venait de se rompre peu de temps avant la mort; elle renfermait encore dans son centre un peu de sang liquide et noir, tandis qu'une couche assez épaisse de fibrine en tapissait les parois. Deux vésicules voisines présentaient à peu près les mêmes dimensions; en les ouvrant, on en fit sortir un liquide séreux et sanguinolent. Plus loin, se trouva, dans le parenchyme, un abcès de la grosseur d'une fève renfermant un pus sanieux mêlé de sang. A côté de cet abcès, il s'en trouvait d'autres plus petits dont la grosseur variait de celle d'un grain de millet à celle d'un petit pois; tous étaient placés profondément dans le parenchyme et renfermaient un pus sanieux. »

Malheureusement l'observation clinique manque à côté de l'observation anatomique. Cependant, même au point de vue des lésions seulement, ces deux exemples d'ovarite peuvent être rapprochés avec intérêt. Le cas de Scanzoni nous montre l'ovarite en pleine période d'acuité, à une époque très-rapprochée du début; le nôtre présente l'ovarite à une période beaucoup plus avancée : l'inflammation n'existe plus, nous n'en constatons que les terminaisons : d'un côté, la suppuration enkystée, l'abcès; de l'autre, l'induration, l'atrophie.

Dans l'ovaire dont parle Scanzoni, les petits abcès étaient évidemment folliculaires et le tissu interstitiel n'était que vivement congestionné. Le pus, dans notre observation, n'avait pas la même origine. Même au microscope, on ne trouvait aucune trace de suppuration intra-folliculaire dans toute cette partie de la paroi de l'abcès qui représentait bien évidemment les restes de la substance corticale de l'ovaire gauche. Or, si cette vaste collection purulente avait pris naissance dans un follicule, il aurait été facile de retrouver dans d'autres follicules une trace d'un processus analogue.

Donc la suppuration de l'ovarite peut se développer ou dans les follicules ou dans le tissu interstitiel.

L'induration de l'ovaire droit n'est pas moins importante à noter. Cet ovaire a été pris d'inflammation aiguë, l'observation

clinique le démontre. Or, quelques auteurs, M. Courty, par exemple, affirment que cette terminaison de l'inflammation est rare dans l'ovaire, si même elle a jamais été rencontrée.

Le rapprochement de ces deux observations peut-il servir à légitimer la division de l'ovarite, tentée par quelques auteurs, en deux espèces anatomiques, l'ovarite folliculeuse et l'ovarite interstitielle? Il ne nous appartient pas de décider la question. Les faits sont d'ailleurs en nombre suffisant. Tout ce que l'on peut conclure, c'est que l'inflammation, sous l'influence de causes inconnues, paraît, tout en se généralisant, se développer de préférence tantôt dans le tissu interstitiel, tantôt dans les follicules.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ACCOUCHEMENT DANS LES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES ET SUR LA POSSIBILITÉ DE TRANSFORMER CES POSITIONS EN OCCIPITO-ANTÉRIEURES A L'AIDE DU DOIGT.

Par M. Tarnier,
Chirurgien en chef de la Maternité de Paris.

Les positions occipito-postérieures font à juste titre le désespoir des accoucheurs. Dans ces positions, en effet, l'accouchement est presque toujours lent et pénible lorsqu'il s'effectue naturellement, et sa terminaison artificielle par le forceps est difficile, parfois même dangereuse.

Parmi les causes qui, dans ces cas, ralentissent la marche du travail, il en est une dont le rôle est très-important et trop peu connu, c'est la déflexion de la tête. Toutes les fois que, dans les positions occipito-postérieures, j'ai observé l'insuffisance des contractions utérines et l'impuissance des efforts faits par les patientes, j'ai constaté la déflexion de la tête, et mon doigt arrivait facilement sur la fontanelle antérieure, tandis que la fontanelle postérieure était difficile à atteindre ou même inaccessible. Tant que cette déflexion persiste, on peut être sûr que le travail ne fera pas de progrès ; mais la scène change dès que la tête se fléchit. La fontanelle antérieure s'éloigne alors du centre de l'excavation, pendant que la fontanelle postérieure s'en rapproche. Ce mouvement m'a fait souvent pronostiquer la

erminaison prochaine de l'accouchement, et mes prévisions se sont réalisées.

Si l'on est obligé d'appliquer le forceps avant la flexion, on a beaucoup de peine à faire tourner la tête et à ramener l'occiput en avant; il faut en effet commencer par faire descendre le sommet près de la vulve, ce qu'on n'obtient pas sans tractions énergiques, et la rotation, qui jusque-là était à peu près impossible, devient alors plus facile. C'est qu'en abaissant ainsi la tête, on l'a fléchie sans le vouloir, peut-être même sans le savoir.

L'accouchement dans les positions occipito-postérieures peut, on le sait, se terminer de deux manières différentes : l'occiput reste en arrière ou tourne vers le pubis.

Dans le premier cas (occipito-postérieure non réduite), l'occiput glisse de haut en bas sur la face concave du sacrum et du coccyx et sur le périnée, qu'il distend outre mesure. D'après les descriptions classiques, ce serait encore l'occiput qui apparaîtrait le premier à la vulve. C'est là, je crois, une erreur. J'ai toujours vu le sommet de la tête se dégager le premier ; l'occiput vient ensuite. Aussi la tête des enfants nés dans ces conditions offre-t-elle une déformation remarquable. Le sommet de l'extrémité céphalique fait une saillie conique ; l'occiput est aplati et repoussé en avant, de sorte que le dos de l'enfant, la nuque et l'occiput sont sur une même ligne droite. La tête a la forme d'un pain de sucre, dont le point culminant serait formé par la suture bi-pariétale.

Dans le second cas (position occipito-postérieure réduite), l'accouchement devient plus facile, parce que l'occiput progresse d'arrière en avant et se place enfin sous l'arcade du pubis ; mais la rotation ne se fait qu'après la flexion et souvent si lentement que les femmes en sont épuisées. C'est pour hâter cette rotation qu'on a donné le conseil de faire tourner artificiellement la tête avec les doigts, en repoussant le front en arrière ou en attirant l'occiput en avant. Au point de vue théorique, le conseil est assurément excellent, mais est-il praticable ? J'ai essayé de faire tourner ainsi la tête en m'efforçant, soit de pousser le front en arrière, soit de tirer l'occiput en avant, mais j'ai toujours échoué, parce que mon doigt glissait sur la surface

arrondie de la tête. Au milieu de ces tentatives infructueuses, j'ai trouvé un autre procédé qui m'a donné d'excellents résultats.

Dans les positions occipito-postérieures, l'une des oreilles du fœtus étant en rapport avec l'éminence ilio-pectinée gauche ou droite et, par conséquent, facilement accessible, peut donner au doigt un excellent point d'appui. Voici, d'ailleurs, comment je procède : Quand la dilatation est complète ou à peu près complète, jamais avant, j'introduis profondément le doigt indicateur, le *gauche* pour la position occipito-iliaque droite postérieure, et je l'applique sur le côté de la tête ; puis je le fais glisser en avant et en haut, jusqu'à ce qu'il sente le rebord postérieur de l'oreille gauche *sur toute sa hauteur ;* j'attends alors une contraction utérine et, dès qu'elle commence, ou, pour mieux dire, dès que je la sens venir, j'appuie fortement le doigt sur la tête, en le portant en même temps et avec force, mais sans violence, du côté du pubis, puis derrière la symphyse, et enfin jusque sur le côté gauche du bassin. Pendant tout ce trajet, le doigt reste appliqué sur la tête qu'il presse sans glisser, car il est retenu par le rebord de l'oreille, et il fait tourner la tête avec lui. L'occiput est ainsi ramené en avant. La rotation artificielle ne doit provoquer aucune souffrance quand elle est bien faite. Dans certains cas, la manœuvre est incomplète, et l'occiput s'arrête à moitié chemin ; on achève alors le mouvement au moment de la contraction utérine suivante ; mais pour ne pas perdre le terrain qu'on a gagné, il est nécessaire de maintenir le doigt en place jusqu'à ce que cette contraction se produise.

Dans les positions occipito-iliaques gauches postérieures, toujours après la dilatation complète de l'orifice, il faut se servir de l'index *droit*, et l'appliquer derrière l'oreille droite, qui répond à l'éminence iléo-pectinée gauche. Quand une contraction commence, on fait exécuter à la tête un mouvement de rotation analogue à celui que j'ai décrit précédemment, mais en sens inverse, c'est-à-dire de la gauche vers la droite de la femme.

Après trois ou quatre essais, si j'échoue, je n'insiste pas davantage de peur de fatiguer les malades ; mais nombre de fois la tête a obéi à ma première tentative de rotation artificielle. J'ai notamment réussi deux fois en présence de deux de mes

collègues d'agrégation qui m'avaient appelé dans leurs familles. La rotation faite, les femmes se sentent immédiatement soulagées ; le travail change d'allure ; les douleurs deviennent franchement expulsives, et un accouchement qui aurait exigé encore plusieurs heures de souffrances, se trouve rapidement terminé.

Pour réussir, je le répète, il faut agir sur *toute la hauteur de l'oreille* et se servir de l'index *gauche* dans les positions occipito-iliaques droites postérieures, et de l'index *droit* dans les positions occipito-iliaques gauches postérieures. Ceux de mes élèves qui ont suivi ces préceptes savent aujourd'hui produire, comme moi, la rotation artificielle de la tête avec le doigt, et leurs succès confirment ceux que j'ai précédemment obtenus.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE.

RÉPONSE DE M. TARNIER AUX CRITIQUES DONT IL A ÉTÉ L'OBJET AU CONGRÈS MÉDICAL DE BRUXELLES A PROPOS DU FORCEPS-SCIE.

Paris, le 10 novembre 1875.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Mon cher confrère,

La *Gazette médicale* du 30 octobre 1875 reproduit les critiques acerbes dont j'ai été l'objet au Congrès médical de Bruxelles, à propos du forceps-scie de Van Huevel, et votre collaborateur ajoute : « Nous attendons avec impatience la réponse de M. Tarnier. »

Je vous envoie, sans plus tarder, cette réponse, en vous demandant la permission de mettre textuellement sous les yeux de vos lecteurs les trois passages principaux où mes opinions scientifiques sont incriminées.

1° Je lis dans votre compte-rendu : « L'orateur (M. Hyernaux), entrant dans son exposé, rappelle qu'en 1858 Cazeaux, en 1859 Scanzoni, en 1861 Aubenas et Charpentier, ont considéré cet instrument (le forceps-scie) comme inférieur au céphalotribe, que c'est à peine s'ils l'ont conseillé à titre d'essai ; et cependant il donnait depuis plusieurs années d'excellents résultats en Belgique. En 1874, M. Tarnier (de Paris) déclarait que, si le forceps-scie avait bien fonctionné à Bruxelles, il avait échoué en France ; qu'entre autres défauts, il avait ceux d'un prix élevé, d'un mécanisme compliqué et insuffisant comme moyen d'extraction. Et pourtant M. Tarnier l'avait appliqué trois fois

---

(1) Extrait de la *Gaz. méd.* de Paris, 1875, p. 586.

avec succès! Pourquoi donc, dit M. Hyernaux, ce silence, ce laconisme, cette absence de discussion sérieuse de la part des accoucheurs de tous les pays? (*Gazette médicale*, *loc. cit.*)

Il y a là plusieurs erreurs flagrantes : Ce n'est pas en 1874 que j'ai publié mon premier article sur le forceps-scie, mais bien en 1865, dans le texte qui accompagne l'Atlas de Lenoir, Sée et Tarnier. Dans ce livre, après avoir décrit en détail le forceps-scie et son maniement, j'ai ajouté l'appréciation suivante :

« Le forceps-scie, très-souvent employé en Belgique, a été peu essayé en France; encore a-t-il échoué entre des mains habiles. Cependant le docteur Verrier s'est fait son défenseur dans sa Thèse inaugurale. Après avoir mentionné vingt-neuf observations de M. Van Huevel, pour lesquelles on compte vingt-trois succès, M. Verrier rapporte quinze observations empruntées aux docteurs Simon, Marinus et Wasseige. Sur ces quinze cas, on trouve onze succès complets, deux morts par des lésions antérieures à l'entrée des malades à l'hôpital et deux morts par péritonite due à la longueur du travail. Ces faits, on le voit, démontrent que le forceps-scie est un bon instrument, qu'il peut être comparé au céphalotribe, mais ils ne prouvent pas qu'il vaut mieux. Pour continuer le parallèle entre les deux instruments, on peut ajouter que le forceps-scie, comme le céphalotribe, demande un certain champ d'action : ses cuillers présentent, dans leur partie la plus large, 4 centimètres, et les opérateurs qui ont l'habitude de le manier n'osent pas le conseiller au-dessus de 4 cent. 1/2.

« Ce qu'on reproche surtout au forceps-scie, c'est son prix élevé, son mécanisme compliqué, les détails nombreux auxquels il faut veiller pendant l'opération. Le mouvement de la scie à chaîne n'y est pas facile; on peut être arrêté par son enclavement ou sa rupture. Une autre objection sérieuse, c'est que l'on a besoin d'un aide exercé: les mouvements imprimés aux lames conductrices doivent être parfaitement d'accord avec ceux de la chaîne; les deux opérateurs doivent manœuvrer à l'unisson. Enfin, le plus grave reproche qui s'adresse au forceps-scie, c'est qu'il est insuffisant comme moyen d'extraction ; qu'on est souvent obligé d'employer les pinces à os, malgré les défauts qu'elles présentent. Néanmoins, il est à regretter que le maniement de cet instrument ne soit pas mieux connu en France, où le défaut d'expérience ne nous permet pas d'apprécier ses avantages ou ses inconvénients à leur juste valeur. » (Tarnier, Paris, 1865, *loc. cit.*)

La citation précédente, quoique assez longue, ne représente cependant pas le quart de l'étendue de mon article de 1865; mais celui-ci a été reproduit *in extenso* dans les septième et huitième éditions de Cazeaux, que j'ai fait paraître en 1867 et 1870.

En 1870 encore, et pour la quatrième fois, j'insérais le même travail dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (*Embryotomie*); de plus, j'y ajoutais le dessin du forceps-scie et j'y intercalais deux phrases, dont la première est ainsi conçue : « Ce que nous devons avouer, c'est qu'en prenant les chiffres publiés par M. Hubert fils, la mortalité est plus grande avec le céphalotribe (30, 25 p. 100) qu'avec le forceps-scie (22, 30 p. 100,, » (Tarnier, *loc. cit.* Paris, 1870.)

Un peu plus tard, j'eus l'occasion d'appliquer trois fois le forceps-scie de Van Huevel, et les résultats favorables que j'obtins furent consignés, en 1872, dans la thèse inaugurale du docteur Bachos. (Bachos, *Etude sur le céphalotribe et le forceps-scie.* Paris, 1872).

Voilà donc mon article sur le forceps-scie imprimé quatre fois dans des livres qui jouissent d'une grande publicité, et mes observations personnelles consignées dans une thèse de la Faculté de Paris ! Est-ce là du silence, du laconisme et l'absence de discussion sérieuse, ainsi que le prétend le docteur Hyernaux? — A côté des qualités de l'instrument, n'avais-je pas le droit et le devoir d'en indiquer les défauts? — N'est-il pas avéré que le forceps-scie est d'un prix élevé et d'un mécanisme compliqué, si on le compare au bon marché et à la simplicité du céphalotribe? — Lorsque je trouve dans le *Traité d'accouchements* de M. Hyernaux lui-même la description minutieuse et la figure des pinces à os destinées à extraire les parties divisées par le forceps-scie, ai-je tort de reprocher à ce dernier instrument d'être insuffisant comme moyen d'extraction, et serait-ce là une critique dont l'accoucheur belge se réserve le privilége? — Quand dans toutes mes publications (voyez plus haut, *passim*) j'ai eu le soin de dire, en propres termes, *que le forceps-scie est un bon instrument, qu'il peut être comparé au céphalotribe, qu'il est regrettable qu'il ne soit pas mieux connu en France*, comment se fait-il qu'en Belgique je sois accusé par M. Hyernaux d'être le détracteur du forceps-scie, tandis qu'en France je passe pour en être le partisan? — Après les explications dons lesquelles je suis entré, vous trouverez facilement, mon cher confrère, la réponse catégorique qu'il faut faire à toutes ces questions.

Peut-être me direz-vous : M. Hyernaux a eu sans doute quelque motif secret pour passer sous silence vos publications de 1865, 1867, 1870, 1872; mais vous ne lui échapperez pas pour l'année 1874. Pourquoi, en effet, en 1874, n'avez-vous pas ajouté à la neuvième édition de Cazeaux les trois résultats favorables que vous aviez obtenus depuis 1870 et consignés dans une thèse publiée en 1872? En voici, mon cher confrère, la raison bien simple: Au commencement du mois de décembre 1873, tous mes collègues le savent, le soin de ma santé me déterminait à quitter Paris et à en rester éloigné pendant la plus grande partie de 1874; or, c'est pendant mon absence que de

exigences de librairie ont forcé mon éditeur à faire imprimer la neuvième édition de Cazeaux sur le texte de la huitième, sans que j'en aie annoté les épreuves; je n'y ai donc pas ajouté ce que M. Hyernaux aurait voulu à toute force y trouver. C'est là le seul crime que j'aie commis, si toutefois la morale interdit à un auteur et à un éditeur de faire réimprimer un ouvrage sans y ajouter de nouvelles notes.

2° Passons maintenant au second acte d'accusation: « M. Hyernaux rappelle qu'au 20 décembre 1873 un article de la presse médicale française avait publié la découverte par M. Tarnier d'un nouveau forceps-scie bien supérieur à celui de Van Huevel, et cependant M. Tarnier n'en dit rien dans son édition de 1874. Le prodige accompli et annoncé en 1873, ajoute M. Hyernaux, par la découverte de ce nouvel instrument aurait-il donc déjà trompé l'attente de son auteur en 1874? En 1874, en effet, pour M. Tarnier, le forceps-scie est un instrument plein de défauts, tandis qu'en 1873, la publicité complaisante en fait une merveille. » (*Compte-rendu du Congrès de Bruxelles*, *Gazette médicale* du 30 octobre 1875.)

Oui, en 1873 j'ai fait fabriquer un forceps-scie à double chaîne. N'en avais-je pas le droit, et serait-il par hasard défendu de chercher à perfectionner l'instrument de Van Huevel? Toujours est-il que je n'ai pas écrit un seul mot relatif à ce forceps et que je ne l'ai présenté à aucune Société savante; mais je n'ai pas demandé au fabricant d'en faire un mystère, et il a montré ce forceps à bon nombre d'accoucheurs, soit à Paris, soit à l'Exposition de Vienne. Voilà la vérité, sans aucune réticence, et, si un représentant de la presse médicale de Paris a cru devoir faire l'éloge de cet instrument dans un journal paru le 20 décembre 1873, c'est absolument à mon insu, puisque j'avais quitté Paris douze jours auparavant (8 déc. 1873). Dans tout cela, il n'y a pas l'ombre d'une *publicité complaisante*, n'en déplaise à M. Hyernaux, et je suis surpris d'être soupçonné d'avoir eu recours à de pareilles complaisances, lorsque je ne l'ai jamais fait. D'ailleurs que mon contradicteur prenne patience, et, quand je ferai moi-même connaître le forceps-scie à double chaîne, il aura une belle occasion de le critiquer à cœur joie.

3° Nous voici enfin arrivés à la péroraison de la diatribe. Si l'on en croyait M. Hyernaux (voir plus haut) j'aurais fait publier, en 1873, que j'avais inventé un forceps-scie qui était une *merveille* et, en 1874, j'aurais écrit que tous les forceps-scie sont de mauvais instruments. De là ce dilemme sous lequel M. Hyernaux veut m'écraser : « Pour expliquer cette différence d'opinions, il faut admettre que la critique de M. Tarnier, en 1874, est sincère, et condamner à la fois le forceps-scie de Van Huevel et le sien, ou bien qu'elle est inqualifiable (*sic*). » (*Compte-rendu du Congrès de Bruxelles; Gazette médicale* du 30 octobre 1875.)

Inqualifiable!.......... Heureusement tout cela est erroné d'un bout à l'autre et je le répète : d'une part, je suis absolument étranger à l'article du journal paru le 20 décembre 1873 ; d'autre part, on le sait déjà, la neuvième édition de Cazeaux, publiée en 1874, n'est que la reproduction exacte de celle qui avait été imprimée en 1870.

Lorsque M. Hyernaux sera mieux informé, peut-être regrettera-t-il l'ardeur de son attaque et la violence de ses critiques. Quant à moi, je sais qu'il me sera impossible de faire parvenir ma protestation à tous les médecins qui, dans le monde entier, ont lu le *Compte-rendu du Congrès médical de Bruxelles*. Cependant, mon cher confrère, je puis vous l'assurer bien sincèrement, j'aime mieux, en cette occurence, être la victime du réquisitoire de M. Hyernaux que d'avoir à me reprocher une agression aussi injuste que la sienne.

Recevez, etc. TARNIER.

REVUE CLINIQUE

TUMEUR DERMOIDE DE L'OVAIRE

OVARIOTOMIE. GUÉRISON.

Par M. Polaillon,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien professeur-adjoint de la Maternité,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Mademoiselle Amélie L., âgée de 17 ans, a une constitution délicate, bien que son enfance se soit écoulée sans maladie. Sa taille est moyenne, ses membres sont grêles et faibles. La première apparition de ses règles a eu lieu à la fin de décembre 1873; la deuxième menstruation survint à la fin de janvier 1874, et la troisième à la fin de mars de la même année. Depuis cette époque les règles n'ont point reparu.

Cette jeune fille, née à Paris, habite depuis son enfance la commune de Viney, près de Montmirail. Elle ne peut dire exactement à quelle époque remonte le développement de son ventre ; elle se souvient seulement que c'est surtout à la fin du mois de juin 1874 que son volume a attiré son attention. Depuis cette date, il n'a cessé de s'accroître régulièrement. Examinée par un médecin, celui-ci affirma, malgré ses dénégations, qu'elle était enceinte. On l'envoya alors à Paris où elle fut placée dans une maison spéciale en attendant son accouchement. Elle y resta deux mois et demi, et comme elle se trouvait souffrante, on la fit entrer à la Maternité, le 2 février 1875. Elle séjourna pendant quelques jours dans le dortoir des femmes enceintes, mais la grossesse de cette jeune fille paraissant compliquée, on la fit passer dans le service de gynécologie de la Maternité.

Sauf le développement considérable du ventre, je ne constatai aucun des signes qui font reconnaître une grossesse : ni ballottement, ni mouvements actifs du fœtus, ni souffle utérin, ni battements cardiaques. Les seins étaient peu volumineux et n'avaient subi aucune des modifications qui accompagnent l'état de gestation. La malade n'avait jamais eu ni nausées, ni vomissements, ni syncopes. En palpant l'abdomen, je rencontrai, en certains points, des parties solides, mais elles ne donnaient pas cette sensation particulière qui caractérise les membres mobiles du fœtus. En pratiquant le toucher vaginal, qui était très-pénible en raison de l'existence de la membrane hymen, je trouvai un col petit et dur, et un utérus mobile, refoulé en arrière et à gauche. La paroi antérieure du vagin était déprimée, et formait, sous le doigt, une saillie qui donnait la sensation très-nette de la fluctuation, lorsqu'on percutait la surface du ventre. La tumeur était donc fluctuante, et cette fluctuation se transmettait non-seulement à la paroi antérieure du vagin, mais encore d'un côté à l'autre de l'abdomen. Tout le ventre était mat à la percussion. Il n'y avait de sonorité qu'en arrière, sous les fausses côtes et dans les flancs. D'après ces signes, il me parut évident que j'avais affaire à un kyste de l'ovaire.

Il restait à savoir quelle était la nature de ce kyste et quelles en étaient les complications ?

La tumeur était certainement formée, en partie, par une grande poche contenant du liquide, poche située immédiatement derrière la paroi abdominale antérieure et donnant lieu à une fluctuation superficielle très-nette ; et comme la sensation du choc de la fluctuation suivait sans aucun retard l'application de la chiquenaude destinée à le produire, j'avais lieu de penser que le contenu n'était pas une masse gélatineuse, mais un liquide plus ou moins visqueux (1). Autour et en arrière du grand kyste que je viens de signaler, le palper démontrait des productions solides. A droite, on sentait une masse très-dure qui, partant de la crête iliaque, remontait jusqu'aux fausses côtes, où elle se recourbait pour gagner la région épigastrique et se perdre profondément dans l'hypochondre et le flanc gauches. Ces masses solides étaient bosselées, et, dans la région épigastrique particulièrement, les bosselures donnaient à la tumeur l'aspect d'une agglomération marronnée, si superficiellement placée qu'elle semblait développée aux dépens de la paroi abdominale elle-même. En pré-

(1) Nélaton a, en effet, insisté sur ce point du diagnostic des kystes de l'ovaire, à savoir que dans les kystes à contenu gélatineux la sensation du choc n'a lieu qu'un certain temps après l'application de la chiquenaude, tandis que dans les kystes à contenu liquide la sensation du choc a lieu immédiatement après la chiquenaude.

sence de ces signes, je m'arrêtai au diagnostic d'une de ces tu-
meurs complexes de l'ovaire, formées en partie par des kystes, en
partie par des productions solides, de nature sarcomateuse ou der-
moïde.

Mais le point le plus important et en même temps le plus diffi-
du diagnostic était de savoir s'il existait des adhérences.

En cherchant à mobiliser la masse morbide, pendant que je fai-
prendre diverses attitudes à la malade, je n'arrivais qu'à const-
sa fixité dans la cavité péritonéale. La paroi antérieure de l'abdo-
était tellement distendue qu'il m'était impossible de la plisser ou
la déplacer sur la tumeur. Si la patiente, étant couchée, je l'en-
geais à s'asseoir pendant que j'avais les mains appliquées sur
ventre, je sentais, à certains moments, un frottement séreux qui
vait être produit par le glissement du péritoine sur la surfac
kyste. Ce signe était-il une preuve des adhérences comme l'ont ad-
mis quelques auteurs? J'inclinai à le croire. Cependant, à aucu-
époque, la malade n'avait eu de la fièvre et n'avait ressenti ces dou-
leurs vives qui caractérisent la péritonite. Le ventre était doulou-
par intervalles et par places; mais ces douleurs paraissaient sié-
dans la tumeur, et ne se rattachaient vraisemblablement pas à la for-
mation d'adhérences séreuses. En somme, sauf les indications fa-
vorables fournies par l'étude de la marche de la maladie, toutes m-
explorations m'avaient laissé dans une obscurité profonde touch-
l'existence ou la non-existence des adhérences.

La malade resta plusieurs mois en observation. Son ventre,
avait une forme globuleuse, continua à augmenter de volume: lors
l'entrée à l'hôpital, sa plus grande circonférence était de 90 centi-
tres; le 2 mai, elle était de 95 centimètres 1/2; le 8 juillet, de 99 cen-
timètres. Il n'était survenu aucun phénomène pouvant contr'indi-
l'ovariotomie. Les organes respiratoires étaient sains. Les fonctio-
digestives se faisaient assez bien, malgré la compression de l'es-
mac et de l'intestin. Il n'y avait ni ascite ni œdème des membres in-
férieurs. La malade désirait vivement l'opération. Mais j'atten-
pour la pratiquer, que les pluies incessantes de l'été, que nous t-
versions, eussent cessé et que la température fût devenue moins v-
riable et plus chaude.

A l'exemple de quelques chirurgiens, il me parut utile de dimin-
le volume de la tumeur par une ponction préalable du grand ky-
Le 14 juillet, cette ponction fut faite sur la ligne médiane, à qua-
travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. Il s'écoula huit
tres d'un liquide citrin, un peu visqueux. La cavité du ventre éta-
moitié désemplie, je cherchai à compléter mon diagnostic sur la c-
figuration, la situation et la mobilité de la tumeur. Il me fut fa-
de sentir, à travers la paroi abdominale flasque et dépressible,

masses bosselées que j'avais déjà constatées. Elles entouraient le grand kyste vidé et en formaient la base. Mais elles ne cédaient aucunement à mes efforts pour les mobiliser; ce qui contribua à me faire craindre des adhérences étendues. L'événement montra que ces craintes étaient exagérées.

Le liquide se reforma peu à peu dans le kyste pendant les jours qui suivirent la ponction. Mais le ventre n'était pas revenu à son volume primitif, à la date du 29 juillet, jour où l'ovariotomie fut pratiquée.

Opération. — MM. les Drs Cruveilhier, Gillette et Horteloup, chirurgiens des hôpitaux, M. Krassowski, professeur d'accouchement à l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg, M. le Dr Leblond, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie;* M. Golay, interne à l'hôpital Cochin, et plusieurs élèves des hôpitaux assistaient à l'opération et me servaient d'aides. M. Budin, interne de la Maternité, administrait le chloroforme. M. Guéride fournissait les instruments ainsi que la table spéciale qu'il a imaginée pour l'ovariotomie. Cette table permet à l'opérateur de se placer, assis, entre les membres inférieurs de la patiente, et, après l'opération, de transporter celle-ci dans son lit sans lui imprimer des mouvements nuisibles.

La jeune fille étant profondément chloroformée, une incision est faite sur la ligne médiane, depuis la partie inférieure de l'ombilic jusqu'au pubis. Les tissus sont coupés, couches par couches, jusqu'au péritoine, qui est incisé sur la sonde cannelée. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est très-vasculaire. Des pinces hémostatiques sont placées sur tous les points qui donnent du sang.

Le kyste vient se présenter entre les lèvres de la plaie ; il est ponctionné avec un gros trocart communiquant, par un tube de caoutchouc, avec l'appareil aspirateur de M. Guéride. En moins d'une minute, six litres d'un liquide rougeâtre sont évacués, et le grand kyste est vide. La tumeur était encore énorme. Dans le but d'en diminuer le volume par l'évacuation d'un nouveau kyste, j'enfonce avec précaution le trocart dans la profondeur de la masse morbide; mais cette nouvelle ponction est sans résultat. Des pinces fixatrices sont alors placées sur la paroi du kyste. Le trocart est retiré, et une nouvelle pince fixatrice ferme la plaie de la ponction. Aucune goutte du contenu kystique ne s'est épanchée dans le péritoine.

Une main est introduite à plat au-dessous de la paroi abdominale pour explorer la face antérieure de la production pathologique. Il n'existe pas d'adhérences en avant. A ce moment, quelques tractions modérées sont exercées par l'intermédiaire des pinces fixatrices. Mais il devient bientôt évident que l'incision abdominale est trop étroite pour livrer passage à la tumeur.

L'incision est alors prolongée en haut jusqu'à 5 ou 6 centimètres

sence de ces signes, je m'arrêtai au diagnostic d'une de ces tumeurs complexes de l'ovaire, formées en partie par des kystes, en partie par des productions solides, de nature sarcomateuse ou dermoïde.

Mais le point le plus important et en même temps le plus difficile du diagnostic était de savoir s'il existait des adhérences.

En cherchant à mobiliser la masse morbide, pendant que je faisais prendre diverses attitudes à la malade, je n'arrivais qu'à constater sa fixité dans la cavité péritonéale. La paroi antérieure de l'abdomen était tellement distendue qu'il m'était impossible de la plisser ou de la déplacer sur la tumeur. Si la patiente, étant couchée, je l'engageais à s'asseoir pendant que j'avais les mains appliquées sur son ventre, je sentais, à certains moments, un frottement séreux qui devait être produit par le glissement du péritoine sur la surface du kyste. Ce signe était-il une preuve des adhérences comme l'ont admis quelques auteurs? J'inclinai à le croire. Cependant, à aucune époque, la malade n'avait eu de la fièvre et n'avait ressenti ces douleurs vives qui caractérisent la péritonite. Le ventre était douloureux par intervalles et par places; mais ces douleurs paraissaient siéger dans la tumeur, et ne se rattachaient vraisemblablement pas à la formation d'adhérences séreuses. En somme, sauf les indications favorables fournies par l'étude de la marche de la maladie, toutes mes explorations m'avaient laissé dans une obscurité profonde touchant l'existence ou la non-existence des adhérences.

La malade resta plusieurs mois en observation. Son ventre, qui avait une forme globuleuse, continua à augmenter de volume: lors de l'entrée à l'hôpital, sa plus grande circonférence était de 90 centimètres; le 2 mai, elle était de 95 centimètres 1/2; le 8 juillet, de 99 centimètres. Il n'était survenu aucun phénomène pouvant contr'indiquer l'ovariotomie. Les organes respiratoires étaient sains. Les fonctions digestives se faisaient assez bien, malgré la compression de l'estomac et de l'intestin. Il n'y avait ni ascite ni œdème des membres inférieurs. La malade désirait vivement l'opération. Mais j'attendis pour la pratiquer, que les pluies incessantes de l'été, que nous traversions, eussent cessé et que la température fût devenue moins variable et plus chaude.

A l'exemple de quelques chirurgiens, il me parut utile de diminuer le volume de la tumeur par une ponction préalable du grand kyste. Le 14 juillet, cette ponction fut faite sur la ligne médiane, à quatre travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. Il s'écoula huit litres d'un liquide citrin, un peu visqueux. La cavité du ventre étant à moitié désemplie, je cherchai à compléter mon diagnostic sur la configuration, la situation et la mobilité de la tumeur. Il me fut facile de sentir, à travers la paroi abdominale flasque et dépressible, les

masses bosselées que j'avais déjà constatées. Elles entouraient le grand kyste vidé et en formaient la base. Mais elles ne cédaient aucunement à mes efforts pour les mobiliser; ce qui contribua à me faire craindre des adhérences étendues. L'événement montra que ces craintes étaient exagérées.

Le liquide se reforma peu à peu dans le kyste pendant les jours qui suivirent la ponction. Mais le ventre n'était pas revenu à son volume primitif, à la date du 29 juillet, jour où l'ovariotomie fut pratiquée.

Opération. — MM. les Drs Cruveilhier, Gillette et Horteloup, chirurgiens des hôpitaux, M. Krassowski, professeur d'accouchement à l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg, M. le Dr Leblond, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie;* M. Golay, interne à l'hôpital Cochin, et plusieurs élèves des hôpitaux assistaient à l'opération et me servaient d'aides. M. Budin, interne de la Maternité, administrait le chloroforme. M. Guéride fournissait les instruments ainsi que la table spéciale qu'il a imaginée pour l'ovariotomie. Cette table permet à l'opérateur de se placer, assis, entre les membres inférieurs de la patiente, et, après l'opération, de transporter celle-ci dans son lit sans lui imprimer des mouvements nuisibles.

La jeune fille étant profondément chloroformée, une incision est faite sur la ligne médiane, depuis la partie inférieure de l'ombilic jusqu'au pubis. Les tissus sont coupés, couches par couches, jusqu'au péritoine, qui est incisé sur la sonde cannelée. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est très-vasculaire. Des pinces hémostatiques sont placées sur tous les points qui donnent du sang.

Le kyste vient se présenter entre les lèvres de la plaie ; il est ponctionné avec un gros trocart communiquant, par un tube de caoutchouc, avec l'appareil aspirateur de M. Guéride. En moins d'une minute, six litres d'un liquide rougeâtre sont évacués, et le grand kyste est vide. La tumeur était encore énorme. Dans le but d'en diminuer le volume par l'évacuation d'un nouveau kyste, j'enfonce avec précaution le trocart dans la profondeur de la masse morbide; mais cette nouvelle ponction est sans résultat. Des pinces fixatrices sont alors placées sur la paroi du kyste. Le trocart est retiré, et une nouvelle pince fixatrice ferme la plaie de la ponction. Aucune goutte du contenu kystique ne s'est épanchée dans le péritoine.

Une main est introduite à plat au-dessous de la paroi abdominale pour explorer la face antérieure de la production pathologique. Il n'existe pas d'adhérences en avant. A ce moment, quelques tractions modérées sont exercées par l'intermédiaire des pinces fixatrices. Mais il devient bientôt évident que l'incision abdominale est trop étroite pour livrer passage à la tumeur.

L'incision est alors prolongée en haut jusqu'à 5 ou 6 centimètres

au-dessus de la cicatrice ombilicale, qui est contournée à gauche. L'écartement plus grand des lèvres de la plaie permet de voir que l'épiploon adhère, dans une grande étendue, à la surface antérieure de la tumeur. En plusieurs points, ces adhérences sont détachées avec les doigts et des pinces hémostatiques sont serrées sur les vaisseaux qui donnent; en d'autres points, l'épiploon est coupé entre deux pinces en T. Cette partie de l'opération a été longue et délicate, parce que les vaisseaux de l'épiploon étaient volumineux et avaient des parois très-fragiles. Mais, avec la précaution de ne pas les déchirer et de ne pas les couper sans avoir, au préalable, obturé leur calibre, j'ai pu éviter des hémorrhagies fort gênantes. Tout le paquet épiploïque, avec les pinces qui y adhéraient, est ensuite renversé à gauche et protégé par une pièce de flanelle imbibée d'eau chaude.

De nouvelles tentatives sont faites pour extraire la tumeur. Elles sont sans résultat. Il est nécessaire d'agrandir encore l'incision abdominale. En deux coups de ciseaux l'incision est prolongée jusqu'au milieu du creux épigastrique. Saisissant alors les pinces fixatrices, je tire sur la masse morbide par un effort soutenu, en même temps que je lui imprime de légers mouvements de latéralité. Au bout d'un moment, je sens que la résistance cède, et bientôt après toute la tumeur sort brusquement.

Le pédicule, formé par le ligament large droit, étiré et ramassé sur lui-même, a un diamètre de 3 centimètres environ. Deux broches de fer sont passées en croix à travers ce pédicule, et, au-dessous d'elles, deux anses de fil de fer sont serrées avec le serre-nœud de Cintrat. Le pédicule est ensuite coupé à 1 centimètre au-dessus des broches.

L'épiploon, qui portait un grand nombre de pinces hémostatiques, pouvait me causer des embarras divers. Voici le parti que je pris à son égard : je le divisai en deux masses que je liai séparément avec un fil de chanvre, puis je coupai tout ce qui était au-dessous des ligatures.

Les pinces hémostatiques, appliquées sur la plaie de l'incision, furent enlevées peu à peu. Quelques artérioles qui donnaient encore furent liées. D'autres points saignants furent touchés avec une tige de bois trempée dans du perchlorure de fer.

La toilette du péritoine fut faite avec un soin minutieux. Bien que la patiente n'eût perdu qu'une très-petite quantité de sang, quelques caillots s'étaient formés dans le cul-de-sac utéro-rectal et durent être retirés. Je m'assurai en même temps que l'ovaire gauche était sain.

Pendant toutes ces manœuvres, des pièces de flanelle, imbibées d'eau chaude et souvent renouvelées, protégeaient l'intestin et les lèvres de la plaie.

Enfin, je procédai à la suture de la paroi abdominale. Cinq

d'argent, un peu gros, furent nécessaires pour la suture profonde. Neuf épingles, à tête de verre, furent employées pour la suture superficielle. Un fil de chanvre ciré fut croisé sur ces épingles et rapprochait exactement les lèvres de la plaie. L'épiploon, lié en deux paquets, fut fixé entre les points de suture. Le pédicule, maintenu au niveau de la paroi abdominale par les deux tiges métalliques qui l'embrochaient, était embrassé entre l'extrémité inférieure de l'incision et le point le plus inférieur de la suture.

Deux bandes de tarlatane furent glissées sous les extrémités des épingles. Une couche de collodion élastique fut étendue par dessus la suture, et une nouvelle bande de tarlatane fut appliquée sur cette couche de collodion. Puis le collodion n'étant pas encore desséché, une épaisse pièce de ouate fut collée sur le tout. J'obtins ainsi un pansement par occlusion que je me proposai de laisser plusieurs jours en place. Enfin une large bande de flanelle fut modérément serrée autour de l'abdomen.

La patiente fut réveillée au moment où j'achevais la suture. Son sommeil n'avait été entrecoupé que par quelques efforts de vomissement; elle fut transportée et couchée sans secousse dans son lit, grâce à la table démontante dont j'ai déjà parlé.

L'opération avait duré une heure et demie; depuis 9 heures 1/2 du matin jusqu'à 11 heures. Une demi-heure après, la malade était pansée et installée dans son lit.

Suites de l'opération. — Elles ont été consignées avec soin, jour par jour, par M. Budin, interne du service.

Le 29 juillet. Trois heures après l'ovariotomie, la malade a quelques nausées. Le reste de la journée se passe dans un grand calme. Soif assez vive le soir. Elle a uriné spontanément. T. 37°,6 ; P. 98.

Le 30. De minuit à 4 heures 1/2 du matin, vomissement d'un peu de liquide verdâtre, très-amer; puis sommeil tranquille jusqu'à 9 heures 1/2. T. 36°7 ; P. 100.

6 h. du soir. La malade n'a pas souffert pendant la journée ; elle éprouve seulement un peu de pesanteur au niveau de la région épigastrique. T. 37,5; P. 96.

8 h. du soir. Vomissement de quelques matières bilieuses.

11 h. du soir. T. 37,3; P. 120.

11 heures 1/2 du soir. Nouveau vomissement, peu abondant.

Le 31. Matin, T. 37°, 2 ; P. 114.

Soir. La journée a été calme. La malade a dormi, et a pris, en différentes fois, deux tasses de lait. T. 38°,3 ; P. 128.

1er août. Matin. La nuit a été très-bonne. T. 37°,4; P. 104.

Soir, La malade a sucé une côtelette et bu un peu de vin vieux. T. 37°,6 ; P. 108.

Le 2. Matin. La nuit a été excellente. T. 36°,9 ; P. 96.

Soir. La malade a mangé une côtelette et bu du vin vieux. T. 37°,5; P. 100.

A partir de cette date la quantité des aliments est progressivement augmentée.

Le 3. Matin. Un fil d'argent de la suture profonde et deux épingles de la suture superficielle sont enlevés. Cette ablation cause une assez vive douleur. T. 37°,1; P. 96.

Soir. On a administré dans la journée un lavement huileux qui a été inefficace. T. 37°,5; P. 96.

Le 4. Matin. T. 37°,3; P. 100. Deux épingles sont retirées.

Soir, T. 36°,5; P. 96. Garde-robe abondante.

Le 5. Matin. T. 36°,8; P. 92. Un fil d'argent et une épingle sont enlevés.

Soir. T. 37°,5; P. 104.

Le 6. Matin. T. 37°,3; P. 96. Quatre épingles et deux fils d'argent sont enlevés. Toute l'incision de la paroi abdominale paraît être réunie par première intention. Il y a seulement deux points qui suppurent un peu.

Soir. T. 37°,5; P. 108.

Le 7. Matin. La malade a dormi toute la nuit sans se réveiller. T. 37°; P. 92.

Soir. T. 37°,1; 96.

Le 8. Matin. T. 36°,8; P. 84. Ablation du dernier fil d'argent qui était situé au-dessus du pédicule. La plaie du pédicule est pansée avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée.

Soir. T. 36°,7; P. 84.

Le 9. Matin. T. 36°,9; P. 88.

Soir. T. 37°,5; P. 90.

Le 10. Matin. T. 37°,3; P. 92.

Soir. T. 37°,7; P. 98.

Le 11. Matin. T. 37°; P. 92.

Soir. La malade a souffert de la chaleur excessive de la journée. T. 37°,8; P. 100.

Le 12. Matin. T. 36°,5; P. 96. Une des broches métalliques du pédicule tombe. L'autre, qui ne tient presque plus, est enlevée. Un des fils de chanvre qui ont servi à lier l'épiploon, se détache spontanément. Autour de l'autre fil, qui tient encore, s'est formé un petit abcès.

Le 13. L'anse supérieure, qui a servi à lier le pédicule, est retirée sans effort.

Les jours suivants aucun accident ne vint entraver la guérison.

Le 30. Le second fil de chanvre de la ligature épiploïque se détache.

Dans les premiers jours de septembre, la malade est assez forte pour pouvoir se lever.

Le 8 septembre. La seconde anse métallique, qui enserrait le pédicule, tombe spontanément.

Le 25. Toute la plaie est depuis longtemps cicatrisée, à l'exception d'un point, au niveau du pédicule, où l'on voit encore une surface bourgeonnante de quelques millimètres d'étendue. La malade reste levée toute la journée, se promène dans le jardin, et sent que ses forces sont complètement revenues.

3 octobre. Sortie de la Maternité dans un état de santé parfaite. Les joues sont colorées ; l'embonpoint est assez prononcé ; toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, à l'exception de la menstruation qui n'a point paru depuis l'ovariotomie.

En résumé, l'opérée n'a eu ni douleur, ni ballonnement du ventre. La température s'est maintenue entre 37° et 37° 5[10. Elle n'a atteint qu'une seule fois (dans la soirée du troisième jour), 38° 3[10. Le même jour, le pouls a monté jusqu'à 128. Mais le lendemain, il n'était que de 104, et, les jours suivants, il est descendu progressivement jusqu'à son type normal. Les points de suture ont été enlevés peu à peu entre le cinquième et le dixième jour. Les ligatures de l'épiploon sont tombées, l'une le quatorzième jour, l'autre le trente-deuxième. Les broches métalliques du pédicule se sont détachées le quatorzième jour, et les anses de fil de fer le quinzième et le quarante-unième jour. Sauf un petit abcès de la paroi, toute l'incision abdominale s'est réunie par première intention. La section du pédicule n'a été complètement cicatrisée qu'à la fin de septembre.

Au moment de la sortie, j'ai constaté que la cicatrice était linéaire, très-solide, sans la moindre tendance à l'écartement. La cicatrice du pédicule est petite et ne forme aucune dépression. La paroi abdominale s'est si complètement rétractée, qu'elle ne forme aucune saillie anormale. La peau ne présente point de vergetures. Il me paraît presque certain que cette jeune fille n'aura pas d'éventration consécutive. Néanmoins je lui conseille de porter, pendant long temps, une large ceinture de flanelle.

Pendant le mois de novembre Amélie L... m'écrit qu'elle est très-bien portante. Elle m'apprend en même temps que ses règles sont venues dans les derniers jours d'octobre, qu'elles ont duré quatre jours et qu'elles n'ont été accompagnées d'aucune douleur.

Examen anatomique. — La tumeur a été présentée à la Société de chirurgie (Séance du 11 août). Réduite à sa portion solide, elle pèse près de six kilogrammes. Sa surface est lisse, blanche, surmontée de bosselures plus ou moins volumineuses. A sa partie inférieure, on voit la section du pédicule. D'après les dimensions de cette section, il est facile de reconnaître que le pédicule avait la forme d'une bandelette transversale, large de 8 centimètres et épaisse de 1 à 1 centimètre 1[2. Un grand nombre de vaisseaux le traversaient

et parmi eux on compte une dizaine d'artères du volume de la radiale. La moitié externe de la trompe, ainsi que son pavillon sont appliqués sur la tumeur; sa moitié interne a été comprise dans la section du pédicule.

La paroi du grand kyste est épaisse et résistante. Sa surface interne présente des brides, des cloisons incomplètes et des anfractuosités formées par des saillies arrondies qui se superposent, et dont le volume varie depuis celui du poing jusqu'à celui d'une lentille. En certains points on trouve un enduit sébacé abondant et des touffes de poils plus ou moins longs.

A la partie supérieure et à gauche, existe un kyste, gros comme une tête de fœtus, qui remplissait l'hypochondre gauche. Les parois de ce kyste sont minces et transparentes; son contenu est séreux.

Tout le reste de la tumeur est formé par des productions solides, creusées par une innombrable quantité de petits kystes, et renfermant des follicules dentaires avec des dents à divers degrés d'évolution.

Les petits kystes atteignent, dans certains endroits, le volume d'une noix. Ils sont remplis tantôt par un liquide muqueux plus ou moins trouble, tantôt par une matière suiffeuse, tout à fait analogue à celle que l'on trouve dans les kystes sébacés.

Il m'est impossible d'évaluer le nombre des dents; toutefois, j'ai constaté qu'il est considérable et qu'il dépasse certainement une centaine. Çà et là des ossifications informes, mais d'une structure osseuse parfaitement caractérisée, forment des alvéoles autour de ces dents, qui affectent presque partout le type des molaires.

Enfin, de la graisse infiltre, dans plusieurs points, le tissu conjonctif qui forme la charpente de toute la masse.

Quelle est la nature de cette tumeur? Sans entrer dans une longue discussion anatomo-pathologique, je me bornerai à dire que je la range parmi les tumeurs dermoïdes et non parmi les inclusions fœtales. L'ovaire semble avoir une prédisposition particulière à devenir le siége de la production hétérotopique des éléments constituants de la peau. L'hyperplasie de ces éléments forme ces kystes, si souvent observés, dont la paroi interne présente un revêtement épidermique, des poils et des glandes cutanées. Chez notre opérée, l'hyperplasie a coïncidé avec le développement de la puberté et a dépassé les limites ordinaires, puisque, indépendamment des éléments de la peau, il s'est formé des follicules dentaires, des dents et des os. Si l'on avait affaire à une inclusion fœtale, les débris du fœtus, au lieu d'être incrustés dans les parois du kyste, seraient contenus dans sa cavité: les dents n'excéderaient pas leur nombre normal, et les productions osseuses se rapprocheraient de la forme des os du squelette.

Réflexions. — Le diagnostic des adhérences entre les kystes

de l'ovaire et les organes voisins n'a pas suivi les progrès qu'ont faits, dans ces derniers temps, l'instrumentation et le manuel opératoire de l'ovariotomie. Ce point clinique reste profondément obscur et embarrassera encore longtemps les chirurgiens. Sans doute, on peut avoir, dans quelques cas, des notions plus ou moins vagues sur l'existence ou la non-existence des adhérences, d'après la fixité ou la mobilité de la tumeur, et surtout d'après les douleurs péritonéales antérieures. Mais l'opération ou l'autopsie est venue trop souvent donner un démenti aux diagnostics qui semblaient les mieux établis, pour qu'en général; il soit impossible d'affirmer. Dans l'état, l'indication d'opérer ou de s'abstenir doit donc se baser plutôt sur les conditions générales de la santé que sur un diagnostic si incertain. L'observation que je viens de rapporter en est une preuve. La fixité de la tumeur était absolue, même après une ponction, et il y avait du frottement péritonéal, raisons pour croire à des adhérences formidables et pour s'abstenir. Mais la malade était jeune, bien portante, et n'avait jamais eu de péritonite, raisons déterminantes pour agir. L'ovariotomie démontra qu'il n'y avait point d'adhérences pariétales, et que si la tumeur était fixe, c'est qu'elle était volumineuse et exactement enchâssée dans la cavité abdominale. Il n'y avait que des adhérences épiploïques qu'il est impossible de diagnostiquer, de même que les adhérences qui existent quelquefois avec l'intestin. Quant au frottement péritonéal, il ne parait avoir aucune valeur comme signe d'adhérence.

L'opération a été faite à la Maternité, hôpital que beaucoup de personnes considèrent comme un milieu infectieux. Mais, l'expérience m'ayant montré que l'infection chirurgicale ou puerpérale est ordinairement causée par l'oubli des préceptes de l'hygiène et même des soins de la propreté, je ne me suis pas arrêté devant ces dires. Pendant l'opération, je me suis étudié à préserver le péritoine du contact des substances qui pouvaient le salir et l'enflammer. C'est ainsi que les instruments avaient été lavés dans l'alcool, que l'eau, dont je me servais, avait été portée à l'ébullition, et que les pièces de flanelle et les éponges étaient neuves. Après l'opération, la plaie fut pansée par occlu-

sion. Les fils et les épingles de la suture ont été retirés sans détruire cette occlusion. L'opérée fut couchée dans une petite salle où elle était seule et où l'air était souvent renouvelé. Avec ces précautions, j'estime que l'on peut et que l'on doit obtenir des succès d'ovariotomie, même dans un établissement hospitalier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Double opération d'ovariotomie sur un même sujet. — Guérison radicale d'une hernie ombilicale volumineuse.

M. Boinet, en présentant la malade, donne communication de la note suivante :

Dans une de nos dernières séances, à l'occasion d'une discussion sur le traitement des hernies ombilicales par la herniotomie, j'ai dit que j'avais guéri une femme d'une hernie ombilicale volumineuse en pratiquant l'ovariotomie. Cette femme, qui est d'Issoudun et qui est aujourd'hui guérie de sa hernie, a subi deux fois l'ovariotomie ; la première fois le 11 octobre 1868 (ovaire gauche du poids de 37 livres), et la seconde fois le 24 août 1869 (ovaire droit du poids de 19 livres). Cette malade était atteinte d'un kyste ovarique très-volumineux compliqué d'ascite et de plus d'une hernie ombilicale énorme et d'un prolapsus complet de l'utérus. Depuis la première opération d'ovariotomie, la hernie ombilicale n'a pas reparu pas plus que la chute de la matrice. L'observation de cette malade, qui était âgée de 47 ans, a été publiée pour la première opération d'ovariotomie dans la *Gazette des hopitaux*, année 1868, p. 559, et pour la seconde opération dans la *Gazette hebdomadaire*, année 1870, p, 119. On peut donc, six ans après la seconde ovariotomie, qui a été pratiquée dix mois après la première, constater la guérison de toutes les affections graves dont cette malheureuse femme était atteinte, et juger du résultat définitif des deux opérations d'ovariotomie qu'elle a subies.

Pour mieux vous faire apprécier l'état actuel de la malade, je rappellerai que sa maigreur extrême, son affaiblissement, son état général, etc., étaient tels, que je refusai plusieurs fois de lui faire l'ovariotomie, et que tous les médecins qu'elle avait consultés l'avaient engagée à ne pas se soumettre à cette opération. Pressé par ses instances réitérées, j'avais enfin cédé à ses désirs, et aujourd'hui je puis

me féliciter d'avoir osé pratiquer cette opération, malgré toutes les mauvaises chances qu'offrait cette malade ; ce succès m'a rendu moins timide, et plusieurs cas à peu près semblables que j'ai opérés depuis, avec de bons résultats, m'ont appris que le chirurgien ne doit pas toujours et quand même refuser son concours, alors surtout que les malades n'ont pas d'autres chances de salut que dans l'opération, et que sans elle la mort est imminente, fatale.

Comme je viens de le dire, le premier kyste enlevé pesait 37 livres (contenant et contenu), le second pesait 19 livres. Depuis la deuxième ovariotomie, qui date de six ans, cette malade n'a cessé de jouir d'une santé excellente, et la hernie ombilicale, l'ascite et la chute de la matrice dont elle était atteinte ont complètement guéri ; la malade peut vaquer facilement à toutes ses occupations, se tenir longtemps debout sans se fatiguer, marcher, faire de longues courses. Seulement, par mesure de précaution, elle porte une ceinture qu'elle s'est fabriquée elle-même ; elle n'éprouve ni coliques, ni douleurs dans le ventre et peut, sans fatigue, travailler de son état de lingère, après avoir passé 9 années dans un fauteuil. Toutes les fonctions s'exécutent parfaitement bien, moins les règles qui n'ont pas reparu depuis la dernière ovariotomie.

Ces cas d'ovariotomie, pratiquée deux fois sur le même sujet, sont assez rares ; sur 69 malades que j'ai opérées jusqu'à ce jour et qui m'ont fourni 44 succès sur 71 opérations, je n'ai rencontré que deux cas où j'ai dû pratiquer deux fois l'ovariotomie sur la même malade. Le premier est celui que vous avez sous les yeux ; le second est celui d'une pauvre jeune femme de 29 ans, que j'ai opérée dix-huit mois après la première opération. Malheureusement cette malade mourut de péritonite deux jours après l'opération ; la tumeur que j'enlevai et que j'avais prise pour un nouveau kyste était cancéreuse ; elle avait le volume d'une tête d'adulte et s'était développée sur le moignon du pédicule du kyste que j'avais enlevé avec succès dix-huit mois auparavant. Il existait en même temps de l'ascite, et aucun symptôme n'indiquait une tumeur cancéreuse.

M. Terrier. — Lorsqu'on fait une opération d'ovariotomie, il est toujours prudent d'examiner l'autre ovaire et de le maintenir à l'extérieur s'il paraît altéré. En prenant cette précaution, on met les malades à l'abri d'une récidive. Je n'y manque jamais pour mon compte et il m'est déjà arrivé plusieurs fois de trouver une altération de l'ovaire sur lequel je n'opérais pas.

M. Boinet. — Chez mes deux malades, j'ai examiné avec le plus grand soin ces ovaires et ils m'ont paru absolument sains.

CONGRÈS DE BRUXELLES.

3e SECTION. — GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Résumé des Travaux de la Section, par M. Feigneaux, l'un des Secrétaires.

Fistules vésico-vaginales. — M. Amabile, ancien professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Naples, a la parole pour faire la démonstration d'une nouvelle méthode de traitement, dite mixte des *fistules vésico-vaginales*. L'opération de la fistule vésico-vaginale par l'avivement sanglant et la suture, malgré ses résultats signalés ne s'est point vulgarisée.

Peu de chirurgiens s'en occupent et plusieurs d'entre eux, d'une réputation incontestable y ont renoncé, après un premier échec: et beaucoup de malades ont refusé à s'y soumettre, à cause de la durée de l'opération et la fatigue qui en résulte pour elles.

Cet état de choses est de nature à préoccuper sérieusement les opérateurs; leurs effets doivent tendre à rechercher les moyens d'annihiler ces appréhensions, d'une part; et de vaincre les difficultés inhérentes à l'opération, d'autre part, il existe trois méthodes d'oblitération directe des fistules vésico-vaginales. Chacune d'elles a ses avantages et ses indications spéciales.

L'une, la méthode par réparation graduelle ou par la cautérisation, doit être maintenue dans la pratique.

Elle a toujours été préconisée en Italie et l'Université de Gand l'a prise sous son patronage. Le récent travail publié par M. Bonque, l'atteste par la statistique qu'il contient, des nombreux succès recueillis, M. Amabile s'est efforcé de rechercher les indications les plus précises à cette méthode et de son meilleur mode d'application.

Il affirme qu'elle réussit souvent et qu'elle ne présente aucun danger; que quand elle ne réussit pas, elle n'aggrave pas plus les conditions des fistules que l'avivement sanglant et la suture.

M. Amabile fait des vœux pour que cette méthode, sorte de l'oubli et même du discrédit dans lequel elle est laissée par beaucoup d'opérateurs, et qu'on l'applique dans les cas de fistules en voie de formation qui ne sont pas dans les conditions les plus mauvaises, parce qu'elle permet d'employer les autres méthodes quand elle vient à échouer.

La seconde méthode, par réparation immédiate et secondaire que l'on obtient par l'*avivement granuleux*, au moyen des caustiques combinés avec l'emploi des instruments unisants, mérite l'attention la plus sérieuse. Elle est simple; la manœuvre opératoire est courte, facile, n'exige pas la présence d'aides capables, n'expose pas à l'hémorrhagie, n'inspire aucune répugnance à la malade et permet l'anesthésie avec la plus grande sécurité. Depuis Lallemand

jusqu'à nos jours, cette méthode a été suivie de guérisons nombreuses, mais les succès de l'avivement sanglant et de la suture l'ont fait généralement abandonner; moins cependant dans ces dernières années.

MM. Cousat, Soupart, Deneffe, à l'Université de Gand, ont vaillamment soutenu l'indiscutabilité de son efficacité et il ne s'agit plus que de simplifier la manœuvre opératoire de l'avivement et de perfectionner l'arsenal opératoire unissant.

Partisan de l'avivement par la scarification préalable qui détermine parfaitement la surface à aviver, M. Amabile emploie l'acide sulfurique dilué pour opérer la cautérisation. Pour pratiquer cette première partie de l'opération, l'honorable professeur fixe d'abord la fistule au moyen de plaques métalliques. Il fait ensuite l'avivement au moyen de curettes, variant de forme selon la région. On doit pratiquer l'opération selon les conditions dans lesquelles se présente l'ouverture anormale, ces curettes sont garnies d'une petite éponge imbibée d'acide sulfurique. La cautérisation peut encore être faite au moyen d'un pinceau d'amiante, trempé dans le même liquide.

Pour les fistules de petites dimensions, il emploie un fil de cuivre, replié en anse à son milieu et dont les deux extrémités sont contournées en spirale. L'anse est introduite dans le trajet fistuleux et les deux extrémités sont mises en rapport avec un foyer de calorique La chaleur se propage ainsi par la conductibilité du métal du foyer à l'extrémité cautérisante.

Quant aux instruments unissants, M. Amabile décrit les *griffes à rateau*, dont il fait usage et que plusieurs fois il a employées pour réunir des lambeaux dans le sens longitudinal et transversal, dans un cas de réunion d'une fistule infundibuliforme avec superposition d'un lambeau à la fistule, dans un cas de fistule du col utérin, avec perte d'un lambeau antérieur du museau de tanche et dans un cas d'oblitération transversale du vagin.

L'application des griffes à râteau a été suivie de succès six fois sur sept. Elle se composent d'une plaque métallique garnie de pointes courbées, à concavité inférieure pour chaque côté de la fistule à réunir. L'une de ces plaques porte un appendice qui s'articule dans l'appendice à coulisse de la plaque qui griffe le côté opposé. Un fil de lin ou de soie passe dans les deux plaques et ferme l'appareil. D'autres appendices très-courts servent de points de prise pour chaque plaque, afin de permettre de les saisir dans les pinces conductrices, qui les portent dans les lambeaux de la fistule.

En raison des cas de fistules à opérer les griffes varient de dimensions. Ce procédé opératoire est simple et d'une facile exécution.

M. Amabile croit qu'il est des cas où sa méthode est formellement indiquée : 1o pour les fistules infundibuliformes ; 2o pour les fistules à trajets longs et sinueux ; 3o pour les fistules extrêmement petites dans lesquelles la suture est difficile et échoue le plus souvent.

Il croit sa méthode indiquée, encore dans les cas d'oblitération transversale du vagin, dans lesquels la suture est douloureuse, expose à l'hémorrhagie et où l'avivement exige une large étendue et enfin, dans les cas de fistules urinaires, après avoir tenté vainement la cautérisation simple.

M. Amabile espère populariser par la simplicité de sa méthode et sa prompte application, la méthode par avivement sanglant combiné à la suture.

Quant aux divers autres moyens d'avivement des plaies fistuleuses vésico-vaginales, M. Amabile est d'avis qu'elles doivent rester dans la pratique chirurgicale, chacune d'elles pouvant trouver l'opportunité de leur application dans des conditions spéciales, continuant la démonstration des instruments qui font partie du Manuel opératoire, M. Amabile présente :

1o *Un porte-aiguille* d'une forme spéciale, permettant de se servir d'aiguilles de la machine à coudre ;

2° *Deux ajusteurs spéciaux* pour fixer le sens des sutures métalliques, avant de tordre le fil.

3° *Un spéculum* d'une invention nouvelle. La partie essentielle est constituée par les valves du spéculum de Sims, auquel l'orateur rend le plus éclatant hommage. Il y a ajouté deux élévateurs pour la paroi antérieure du vagin et deux élévateurs latéraux, qu'il fait agir au moyen de vis de rappel et de vis motrices, selon les indications. Ces dilatateurs et ces éleveurs ont pour but de se passer d'aides, qui généralement sont la cause du ralentissement de l'issue de l'opération, par les mouvements de toutes natures qu'ils impriment à l'instrument explorateur.

Ces appendices subissent des mouvements de retrait, de raccourcissement, d'élévation et d'abaissement.

Le spéculum s'introduit, comme le spéculum de Sims, et après la dilatation dans le vagin, il y reste fixé sans être maintenu et sans subir les mouvements signalés plus haut.

M. Amabile attache la plus haute importance à la position de la malade, pour lui permettre de supporter la longueur de l'opération en même temps que de permettre à l'opérateur de manœuvrer patiemment, sans fatigue et librement.

M. Amabile place la femme dans la position dorsale, qui est plus commode et détermine l'abaissement de la fistule vers l'orifice vaginal.

L'orateur termine son intéressante conférence en émettant le vœu

que les chirurgiens cessent de considérer l'avivement sanglant des fistules vésico-vaginales et leur suture, comme une opération exclusive qui doit faire rejeter toutes les autres méthodes, et que l'on s'efforce d'employer un spéculum qui donne la plus grande précision et la plus grande exactitude aux manœuvres opératoires.

Il espère que sa méthode sera appliquée sans prévention, dans les circonstances difficiles et ensuite dans les cas moins graves; toutefois, après avoir vainement tenté l'application des autres méthodes.

En agissant ainsi, l'opération de la fistule vésico-vagicale ne restera plus le privilége de quelques opérateurs; elle se pratiquera plus souvent et ses bienfaits s'étendront dans les campagnes et les villages où ces accidents de fistules vésico-vaginales sont si fréquentes.

La discussion du procédé opératoire de M. Amabile est ajournée au lendemain.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICATE DE LONDRES (suite) (1).

Suite de la discussion sur les rapports existant entre la fièvre puérpérale et les maladies infectieuses et la pyohémie de l'autre.

Traduction du Dr Edouard MARTIN

Le Dr William Overend Priestley, président, lit une lettre du Dr Matthews Duncan qui désire ajouter quelques explications à une lettre lue à la dernière réunion.

Un des points les plus importants, dit-il, de la discussion sur la fièvre puerpérale, c'est de décider la conduite que doit tenir l'accoucheur pour éviter cette terrible affection; je crois qu'il faut se défier des décisions prématurées, car le sujet, aussi bien au point de vue pratique qu'au point de vue scientifique, est encore très-discutable. Je crois qu'on a jugé précipitamment et sévèrement un certain nombre de sages-femmes, entre autres Mmes Dymond et Marsden, du moins, si j'en juge par ce qui a été écrit dans les journaux. L'*homicide par infection* est un délit nouveau dans l'histoire légale, mais je pense que dans l'état actuel de nos connaissances ce délit n'existe pas. Je sais bien que madame Marsden est en prison de ce fait; pour moi je m'en attriste et je suis sûr qu'un verdict de non-culpabilité aurait été rendu si le cas avait été jugé convenablement. Le public et même les médecins ne sont pas toujours bien informés sur la fréquence de la mortalité à la suite de fièvre puerpérale, et l'on se préoccupe beaucoup des moyens de prévenir cette affection. Dans ces circonstances, même des personnes compétentes, peuvent tomber dans l'erreur lorsqu'elles se voient pour la première fois en présence des faits.

---

(1) Voir les nos d'octobre et de novembre, p. 297 et 366.

Je ne parlerai pas ici du chiffre de la mortalité par infection puerpérale, je pense que plusieurs des membres de la société ont lu les quelques remarques que j'ai faites à ce sujet dans le mémoire que j'ai présenté l'an dernier à Norwich à la réunion du British Medical Association. Je vous rappellerai seulement que des autorités respectées à juste titre comme Miss Nightingale et le Dr W. Farr, ont émis à ce sujet des opinions trop favorables, et qu'un grand nombre de médecins exagèrent le peu de danger de l'accouchement et prétendent même qu'ils n'ont jamais perdu d'accouchées par infection puerpérale. Il est évident que si l'on se figure que le fait est rare, les faits actuels doivent produire un grand émoi.

Un autre point de pratique semble encore moins compris du public et des médecins, ce sont les précautions que l'on croit indispensables pour éviter de propager la maladie. Pour vous montrer jusqu'à quel point le public est dans l'erreur, je n'ai qu'à vous citer un article du *Times*. C'est la coutume invariable des médecins (lit-on dans cet article) lorsqu'ils ont à soigner un cas de fièvre puerpérale, d'abandonner toutes leurs accouchées aux mains de leurs confrères pendant deux ou trois mois au moins, et l'expérience a démontré que cette pratique est indispensable pour sauvegarder la vie de leurs malades. Rien de plus erroné que cette assertion et j'ajouterai que si elle était vraie, jamais je n'aurais pu pratiquer; je serais perpétuellement mis de côté, de même que ceux qui ont une pratique un peu étendue, surtout si elle comprend le service hospitalier et la clientèle privée.

De plus, la règle de conduite des accoucheurs ne doit pas être dictée par des officiers de justice qui envoient des avis menaçants aux praticiens, ni par des juges, qui décident sans connaissance de cause ; c'est à des sociétés comme la vôtre et à des praticiens expérimentés qu'il appartient de la discuter.

Si la conduite de l'officier de justice dans le cas de Mme Dymond ou du juge dans celui de Mme Marsden était un précédent, pas un de nous ne serait à l'abri des plus terribles accusations. Aucun chirurgien ayant un cas d'infection purulente, d'érysipèle ou de scarlatine dans sa clientèle ne pourrait aller voir d'autres malades.

Sans doute, les accouchées réclament des précautions toutes spéciales, mais de même nature en somme que les autres malades : l'homicide par infection peut aussi bien être le fait d'un médecin ou d'un chirurgien que d'un accoucheur.

Je regarde les persécutions exercées contre ces sages-femmes comme injustes. Je crois que dans ces conditions il serait difficile de trouver un médecin ou un chirurgien qui ne puisse être jeté en prison. Le crime de Mme Marsden est commis toutes les semaines par quelqu'un des praticiens écrivant dans nos journaux. J'aurais préféré en outre

qu'on ait chargé de ce prétendu crime un homme plutôt qu'une pauvre femme sans défense.

La profession médicale réclame beaucoup de soins, de prudence et d'abnégation ; et c'est cette abnégation poussée à un haut degré qui doit être le guide des médecins dans la pratique. Mais il est dangereux pour le public et pour un grand nombre de praticiens de rechercher un degré de sécurité qu'il est impossible d'atteindre dans les circonstances ordinaires et d'émettre sur la conduite du praticien des opinions basées sur une erreur. L'absence de toute contagion est impossible à obtenir, mais la pratique étant faite actuellement par des médecins soigneux, je crois que le danger est presque réduit au minimum. Parmi les précautions nécessaires, je ne comprends pas, bien entendu, la nécessité d'abandonner pour un temps sa pratique dans les circonstancer ordinaires.

Quant à moi, depuis trente ans que je pratique l'obstétrique, soit en particulier, soit à l'hôpital, jamais je n'ai par précaution abandonné mes clients un seul jour. J'ajoute que cela ne m'étonnerait pas d'apprendre que les patients ont donné à leurs gardes et à leurs médecins plus de maladies mortelles que les médecins et les gardes n'en ont donné à leurs malades.

Je me vois obligé de terminer sans avoir dit tout ce que je désirais et en ne faisant que nommer les grandes mesures de précaution que doivent prendre les accoucheurs :

1° Ils ne doivent pas faire l'ouvrage des garde-malades ;

2° Ni toucher aux autopsies ;

3° Et tenir leurs vêtements et leurs mains dans un état de propreté absolue.

Jamais je n'ai eu une série de cas malheureux ni même deux rapprochés l'un de l'autre dans ma pratique privée, je crois qu'en pareille circonstance j'abandonnerais momentanément ma clientèle quelles que puissent être là-dessus mes vues théoriques. Cependant plusieurs praticiens ont continué à pratiquer en pareilles circonstances comme l'a fait, à tort peut-être, Mme Marsden, quoique ce soit loin de constituer un véritable crime.

En regrettant d'être absent de votre réunion, je suis, etc.,

Matthews Duncan.

Dr Barnes. — Un grand avantage de la discussion actuelle, c'est d'attirer dans notre société des personnes qui ne s'y rendent pas habituellement, surtout des hommes pratiquant d'autres branches de la médecine. Nous avons besoin des lumières venant de tous les côtés ; or, dans ces dernières années, vu l'énorme accroissement de la Métropole, le nombre considérable des médecins, et la tendance à diviser la médecine en diverses branches, nous n'avons que rare-

ment l'occasion de profiter de l'expérience de nos confrères versés dans une autre branche. Nous serions bien heureux d'avoir l'opinion des chirurgiens et des médecins, et je pense que les problèmes si importants de l'infection purulente et de la fièvre, peuvent être étudiés avec fruit dans la médecine obstétricale. J'ai entendu avec plaisir la lettre du Dr Duncan. Je trouve qu'il montre devant nous, d'une façon saisissante, la grave difficulté qui embarrasse les praticiens. Si les persécutions continuent comme elles ont commencé, aucun de nous ne pourra plus pratiquer en sûreté. Nous sommes gouvernés par une loi incomplète et des juges ignorants et mal renseignés. Dans ces cas, l'instruction devrait être dirigée par nous comme le suggère M. Duncan; les juristes et le public devraient recevoir leurs opinions médicales de gens instruits et experts connaissant le sujet.

On peut diviser les cas de fièvre puerpérale en deux grandes classes, et, partant de là, poursuivre plus loin l'analyse, et rechercher la véritable cause de l'affection. Malgré le respect que j'ai pour l'autorité de M. Hutchinson, je crois que l'on ne doit pas rejeter le terme de fièvre puerpérale.

La signification qu'on doit lui donner doit être la suivante : *fièvre chez une nouvelle accouchée*. Ce terme général comprenant un grand nombre d'états totalement différents.

Cette signification admise, il faut rechercher les diverses variétés de cette fièvre. Nous avons d'abord la variété dans laquelle la fièvre est le résultat direct de l'infection ou de la contagion provenant de quelque fièvre infectieuse, comme la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde ou l'érysipèle. Dans une seconde classe de cas que l'on pourrait appeler *hétérogénétiques*, la fièvre est le résultat de quelque poison développé en dehors du corps de la malade, et qui y a été introduit. Arrive ensuite une troisième catégorie de cas plus discutés peut-être, que l'on pourrait appeler *autogénétiques*, dans lesquels les éléments de la fièvre viennent du malade lui-même, sans que la contagion ait rien à y voir. Je suis aussi persuadé de la réalité de cette catégorie de cas, que de celle des cas dus à la scarlatine.

Comment se fait-il, se demandent bon nombre de praticiens, que les femmes en couches soient tout spécialement prédisposées à la scarlatine? Bon nombre d'entre elles l'ont eue à une période antérieure de leur existence et devraient être épargnées; comment se fait-il que cette influence cesse de se produire au moment de l'accouchement? Comment se fait-il aussi que, dans bon nombre de cas d'infection scarlatineuse, chez les femmes en couches, plusieurs des symptômes de la scarlatine fassent défaut? Le Dr Richardson me semble être le seul qui, dans la précédente réunion, y ait fait allusion, et ait cherché à expliquer le fait. C'est dans une constitution spéciale que possèdent les femmes en couches, qui les prédispose à

recevoir le poison, à le voir se développer et causer des accidents qui ne se produisent pas dans d'autres occasions. Après le travail de l'accouchement, le système utérin est chargé de matériaux nuisibles. C'est à ce moment que se produisent l'involution de l'utérus, l'écoulement lochial, l'établissement de la lactation, conditions qui prédisposent l'organisme à recevoir et à voir se développer la plus petite matière nuisible quelle que soit sa nature. Un accoucheur a montré qu'un cas de cancer, dans un dortoir, avait été le point de départ d'une série de cas de fièvre puerpérale; ainsi, le germe du cancer qui ne produit en général que du cancer, a produit dans ce cas de la fièvre.

Il en est de même dans le cas de scarlatine qui ne produit que la scarlatine en dehors de l'état puerpéral. Les mêmes anomalies se retrouvent en chirurgie et en médecine, mais d'une façón moins évidente. Ainsi, certaines personnes, surtout des adultes, ne peuvent être vaccinées impunément. Ce poison si doux, si bienfaisant, peut devenir un véritable ferment dans des circonstances exceptionnelles, et causer la mort. Sir B. Brodie racontait souvent l'histoire d'un homme qui mourut à la suite d'une piqûre d'abeille. On sait que certaines personnes ne peuvent pas se gratter sans qu'il se forme une plaie qui suppure. Toutes ces conditions existent à un haut degré chez la femme en couches, quel que soit le poison qui l'infecte, que vous l'appeliez scarlatine, rougeole ou autrement. Dans ces cas, il est de règle que les symptômes se manifestent plus tôt que dans les cas où le poison provient d'une auto-infection. La fièvre débute au bout de vingt-quatre heures, ou de deux ou trois jours au plus, tandis que dans les autres cas elle survient plus tard. La fièvre scarlatine peut causer toute espèce d'accidents chez la femme en couches, et être la cause de toutes les formes d'accidents puerpéraux; mais quelles que soient ces formes, elles sont toujours susceptibles de communiquer à d'autres personnes la scarlatine.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Des lésions syphilitiques du système osseux chez les enfants et les nouveau-nés, par M. Taylor de New-York. — Depuis ces dernières années l'étude de la syphilis infantile a fait de grands progrès. Paul Dubois, dans le thymus, Depaul, dans le poumon, Gubler, dans le foie, ont su trouver les manifestations hâtives de cette maladie chez l'enfant. Pour les os on s'est occupé dès longtemps des modifications

que détermine le virus. Rosen (1778), Underwood (1786), Bertin (1810), Laborie (1851), Cruveilhier; MM. Diday, Vidal, Bouchut, Desmares, etc. ont publié des observations plus ou moins complètes de caries, de nécroses, d'altération des os, des tissus fibreux et des cartilages.

C'est surtout depuis le remarquable travail de Wegner (1), analysé dans les Annales de médecine de 1872, que la question des lésions osseuses de la syphilis infantile a commencé à attirer les regards des observateurs.

En France : MM. Ranvier, Parrot, Charvin, Poncet, Violet; en Allemagne : MM. Waldeyer et Kobbner; en Belgique, M. Thiry de Bruxelles; en Angleterre, M. Morgan; en Amérique : MM. W. Taylor. Perry de Philadelphie, Grunhut, Bulkley et Busey, se sont occupés de cette question qui, certes, malgré les lacunes qui s'y trouvent encore, a fait de grands progrès.

Les travaux des auteurs que nous venons de citer, M. W. Taylor les a résumés dans le mémoire qu'il a publié récemment; il y a ajouté le résultat de ses observations particulières et de même qu'il s'était plu en 1871, à faire progresser la science sur un fait particulier (la dactylite syphilitique), de même il s'est fait un devoir d'élucider bien des questions douteuses, de discuter bien des controverses soulevées par cette intéressante question « la syphilis osseuse infantile ».

Après avoir décrit les cas qui lui sont personnels, et résumé rapidement les observations de ses prédécesseurs, l'auteur entre dans l'étude des lésions que l'on observe sur les os longs, il étudie les tuméfactions, les gonflements se développant dans ces os, le mode plus ou moins symétrique du développement de ces tumeurs, enfin les symptômes qui en résultent. Il s'appuie à ce sujet sur les travaux antérieurs des auteurs français : Walleix, Parrot, Fournier, etc., qui n'étant pas aussi exclusivement savants que les auteurs allemands ne se sont pas contentés d'une simple description micrographique du mal et ont su reconnaître les signes cliniques pouvant servir à établir un diagnostic rationnel.

Dans l'ouvrage de M. W. Taylor, les extrémités osseuses, d'abord, sont étudiés avec soin, puis la clavicule, le sternum et les côtes.

Un paragraphe particulier est consacré aux difficultés que l'on rencontre dans le diagnostic des tuméfactions syphilitiques du fémur. Il passe ensuite l'étude très-approfondie des gonflements qui surviennent dans les os courts de la main et du pied; il fait avec le plus grand soin l'étude de la dactylite syphilitique dont il avait déjà en 1871 et 1873, publié des observations remarquables. Dans cette étude il établit à l'aide des travaux antérieurement publiés le siége le plus fréquent du mal, il

(1) Archives de Wirchow, 1870.

(2) Voir notre récent travail sur la Dactylite syphilitique congénitale, publié dans les *Annales de Gynécologie.*

indique quels sont les doigts le plus souvent compromis, il s'occupe aussi du métatarse et admet par analogie l'invasion des articulations du poignet par l'infection syphilitique ; le carpe et le tarse, en effet, ont été, si l'on en croit les faits rapportés, bien moins fréquemment atteints ; par leur siége, leur structure, leur mode de développement (ils sont formés tout entiers de cartilage ossifié), il est probable que, si la syphilis les atteint, elle amènera un gonflement de la région tout entière.

W. Taylor, après s'être arrêté longuement sur les faits dont nous venons de donner une rapide idée, passe à l'étude des tumeurs qui se développent sur les os du crâne et sur ceux de la face, l'auteur appuie surtout sur les lésions du maxillaire inférieur et de l'apophyse coronoïde de cet os. Les os du nez atteints à la suite de plaques muqueuses, le voile du palais perforé à la suite d'ulcérations syphilitiques, nous amènent à l'étude des tumeurs que l'on rencontre sur les os irréguliers : le sacrum, le coccyx, les vertèbres, l'omoplate. L'épaisseur des tissus qui recouvrent ces os explique la difficulté qu'on éprouve à diagnostiquer leurs maladies.

Toutes ces tumeurs offrent dans leur marche deux formes principales ; tantôt, c'est avec une certaine lenteur que se fait le gonflement, d'autres fois, au contraire, c'est avec une rapidité extrême. Les tissus snperficiels et les articulations s'enflamment par voisinage. Dans les os eux-mêmes, les modifications surviennent, tantôt superficielles, tantôt profondes, et bien souvent on peut constater après la mort la séparation des diaphyses et des épiphyses.

Si on se rappelle combien sont tenaces et violentes les douleurs qui accompagnent si souvent les lésions osseuses chez les adultes, on pensera naturellement par analogie que les gonflements osseux des enfants doivent être douloureux, il n'en est rien cependant. Peut-être la nutrition anormale survenue par suite de l'inflammation d'un tissu naissant, mou, en voie de formation empêche la douleur de se produire aussi violente.

L'os ne participe pas seul à l'affection syphilitique ; le périoste est quelquefois atteint, d'où certaines périostistes et ostéites que l'on peut rencontrer chez l'enfant; ces affections modifient considérablement la structure de l'os. Bouchut avait remarqué dès longtemps la dureté extraordinaire des os chez les enfants syphilitiques, et bien que Waldeyer et Kobbner affirment positivement qu'ils ont trouvé le même état sur les os d'enfants non syphilitiques, il n'en est pas moins vrai qu'une certaine sclérose des tissus atteints est le résultat des altérations syphilitiques.

L'auteur passe alors à l'étude étiologique de ces gonflements, il étudie le rôle du père et de la mère, dans la production de la syphilis infantile, et bien que nous ne partagions pas absolument les opinions

de l'auteur sur ce sujet, nous devons reconnaître cependant que, dans cette partie de son travail, M. W. Taylor, a développé tout autant le savoir consciencieux dont il fait preuve à chaque page de son travail.

Dans la question d'anatomie pathologique, W. Taylor emprunte pour sa description, la marche qu'avait déjà suivie Wagner; il nous montre les trois stades bien distincts de la maladie, mais il revient vite aux opinions de Parrot, sur la nature, les modifications intimes que l'os a subies. W. Taylor fait une exagération, une perversion de l'os que Parrot a appelée dystrophie syphilitique des os. Se rattachant à cette question de nature, l'auteur étudie les relations qui existent entre les lésions rachitiques et les lésions syphilitiques ; il a grand soin de distinguer la syphilis et le rachitisme, admettant seulement que la syphilis étant une cause de cachexie, on peut voir survenir le rachitisme, qui est une cachexie osseuse.

L'auteur passe alors au diagnostic différentiel entre les tumeurs syphilitiques et les rikets, puis, reprenant la marche qu'il a suivie au sujet des symptômes, il fait le diagnostic des tuméfactions de la clavicule et du sternum, de celles qui sont compliquées de nécroses superficielles, il étudie à part les cas dans lesquels le gonflement s'accompagne de la séparation des épiphyses et des diaphyses.

Le diagnostic des gonflements qui surviennent aux pieds et aux mains est fait avec le plus grand soin, l'auteur invoquant pour expliquer les détails dans lesquels il entre la difficulté qu'il y a pour le médecin à distinguer une dactylite syphilitique d'une dactylite strumeuse.

L'auteur termine la question du diagnostic, en étudiant les nodosités qu'on rencontre sur les os du crâne. Le traitement est abordé avec la science d'un clinicien attentif.

Dans cette rapide analyse nous n'avons pu donner à nos lecteurs une idée de l'importance du travail remarquable de W. Taylor; chaque phrase, en effet, mérite d'être commentée, chaque pensée est un sujet de méditation. Nous avons seulement voulu rappeler que la science ne connaît point la distinction de langues ni de peuples, et que de l'autre côté des mers, il existe de consciencieux observateurs, des érudits distingués. Terminons en regrettant le discrédit dans lequel est restée pendant si longtemps l'étude des langues étrangères.

Dr G. Beauregard.

Cas d'insertion membraneuse du cordon ombilical, par le docteur Edoardo Porro.

La description suivante est extraite d'une observation intéressante

relative à un cas d'hydrocéphalie ayant occasionné la rupture spontanée et complète de l'utérus, et sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Le placenta a la forme et le volume habituels; son tissu est sain. Le cordon ombilical, long de 38 centimètres, de grosseur ordinaire, contourné de droite à gauche, arrivé à 12 centimètres du bord placentaire le plus voisin, nous apparaît divisé en deux branches volumineuses qui, parcourant obliquement les membranes, vont se terminer sur deux points opposés de la circonférence du placenta. Cette insertion vélamenteuse du cordon ombilical n'a point la forme d'une patte d'oie ou d'une fourche (*insertio furcalis*), comme celle qui est représentée dans l'atlàs de Martin, et reproduite dans le traité de Nœgelé ou celui de Grenser; ici, les vaisseaux qui concourent à former le cordon présentent, dans leur parcours sur les membranes, la forme circulaire. De l'ombilic jusqu'à 12 centimètres du bord placentaire le plus voisin, le cordon ombilical est normalement constitué. En ce point, se fait la rencontre, la fusion des deux branches de la veine ombilicale, et se trouve une anomalie vasculaire des plus exceptionnelles, *la fusion en un seul des deux troncs des artères ombilicales.*

Les veines ombilicales, parties de deux points opposés de là circonférence placentaire, après un parcours de 5 centimètres seulement pour celle qui part du bord gauche et de plus de 30 centimètres pour celle qui part du bord droit, viennent se rencontrer. La droite se réunit à la gauche, presque en ligne droite, et ainsi se ferme assez régulièrement le grand anneau veineux.

Le tronc veineux unique qui résulte de cette fusion est très-gros au début et se trouve en rapport avec le calibre des deux canaux qui l'ont formé. Mais, après un parcours de 8 centimètres seulement, ce calibre diminue et ne dépasse pas celui des veines avant leur fusion. La pression du sang devait être considérable et menacer l'intégrité des parois vasculaires, au point où s'accentuait cette diminution. Pour remédier à cet excès de pression, le tronc unique formé de la réunion des deux veines fait brusquement un coude et se dirige, sur une longueur de 5 centimètres, vers le placenta, parallèlement au tronc veineux primitif gauche; là, il se retourne brusquement en arrière, et après un parcours rectiligne de 5 centimètres, il fait un angle obtus pour s'unir aux artères ombilicales et constituer le cordon.

Les artères ombilicales, de calibre et de structure ordinaires, arrivées près de l'angle obtus formé par la veine ombilicale au moment où cette dernière commence à faire partie du vrai cordon, s'adossent à la partie de la veine qui regarde les membranes et passent à travers le dernier coude, formé par le tronc veineux ombilical, résul-

tat de la jonction des deux veines. Ce passage des artères à travers le repli veineux n'est pas dû, croyons-nous, à une disposition particulière des vaisseaux artériels; c'est plutôt par l'allongement du rameau veineux et sa courbure consécutive forcée qu'on peut expliquer l'emprisonnement dans le repli des deux troncs artériels qui ne présentent pas les sinuosités des veines. Un centimètre après avoir franchi le coude, *les artères ombilicales se réunissent en un seul tronc*, d'un calibre proportionné à celui de chacun de ces deux vaisseaux. Après un court trajet curviligne, l'artère se trouve sur le placenta où elle ne se subdivise pas, excepté vers la partie centrale. Cette disposition particulière des vaisseaux sur les membranes, leur rapprochement et leur éloignement successifs peuvent faire donner à cette insertion vélamenteuse le nom de circulaire.

Le tronc veineux, qui part du bord droit du placenta parcourait, dans son long trajet sur les membranes, cette partie de l'œuf correspondant au segment inférieur de l'utérus et qui devait se déchirer pour donner passage au fœtus. En effet, la rupture des membranes s'est produite précisément au-dessus de cette veine, qui aurait pu ainsi être lésée. L'hémorrhagie aurait, dans ce cas, amené la mort du fœtus.

On ne peut expliquer les anomalies dans l'insertion du cordon ombilical que par la façon spéciale dont originairement l'allantoïde se met en rapport avec la portion du chorion adossée à l'utérus, portion où se développe exclusivement le placenta, quelles que soient la formation et la direction des vaisseaux ombilicaux (Extrait des *Annali universali di médicina*, vol. 231, Anno 1875).

J. Fioupe.

VARIETÉS.

A propos de l'anneau pessaire, inventé par M. Dumontpallier, et dont nous avons donné la description dans notre numéro de Septembre, M. le Dr Gairal a adressé au *Progrès Médical* la lettre suivante, que nous croyons utile de reproduire.

A Monsieur le Rédacteur du *Progrès Médical.*

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro 43 de votre estimable journal, vous dites que l'anneau pessaire construit sur les indications du Dr Dumontpallier, est une modification de l'anneau pessaire de Meigs et des élastiques du Dr Gairal, de Carignan. Permettez-moi, Monsieur le Rédacteur, de venir réparer une erreur bien involontaire de votre part.

L'anneau que M. Dumontpallier a présenté aux différentes sociétés

ne peut être une modification des miens, puisque, j'ose le dire, cet anneau m'appartient en propre, et que je l'ai expérimenté au commencement de mes recherches en 1844. A cette époque, moi aussi, j'avais songé aux élastiques avec ressorts de montre, et après de nombreuses tentatives, je me suis vu forcé d'y renoncer pour m'arrêter définitivement aux anneaux que j'ai fait connaître il y a déjà longtemps (présentation à l'Académie en 1869, séance du 1er juin).

L'anneau que M. Dumontpallier prétend avoir créé ne remplit que très-imparfaitement le but qu'il se propose. D'abord, son épaisseur n'est pas assez considérable pour permettre au vagin de se réfléchir suffisamment autour de lui, afin de perdre une longueur nécessaire à la formation de la tente qui doit supporter l'utérus; car c'est le but principal de l'anneau ; c'est à cela qu'il doit ses succès. Puis, il est trop faible pour offrir aux parois du vagin relâché, dans les descentes un peu fortes, une résistance assez grande pour pouvoir efficacement soutenir la matrice, et il arrivera aux chirurgiens qui en feront usage ce qui m'est arrivé à moi-même, il y a vingt-cinq ans. L'anneau placé pour remédier à une descente accentuée sera entraîné par le poids du vagin et de l'utérus, ne soutiendra pas l'organe, et sera même parfois perdu par la malade. Ensuite, les ressorts de montre qui composent cet anneau s'oxydant en très-peu de temps, quoique enveloppés de caoutchouc, peuvent, en raison de leur peu d'épaisseur, se rompre dans un temps donné, perforer l'enveloppe qui les recouvre, offrir de grandes difficultés pour être retirés et, comme cela m'est déjà arrivé, amener une perforation du vagin et entraîner des lésions graves des organes environnants. Telles sont les raisons qui m'ont fait depuis longtemps, et après nombreuses expérimentations, renoncer à l'anneau que M. Dumontpallier nous apporte aujourd'hui comme SIEN, pour m'arrêter à ceux dont je me sers maintement qui ne présentent aucun inconvénient.

Dr GAIRAL père.

Carignan, le 27 octobre 1875.

Société obstétricale de New-York. — A la réunion de cette Société, qui eut lieu le 2 novembre, le Dr T. Gaillard Thomas fut nommé *président*; le Dr A. Jacobi, *premier vice-président*; le Dr C. C. Lee, *second vice-président;* le Dr Emil Noeggerath, *secrétaire général*, et le Dr Paul F. Munde, *secrétaire*.

Cours clinique sur les maladies de l'utérus. — M. Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a commencé ce cours le lundi 9 décembre, à neuf heures et demie, dans l'amphithéâtre n° 2; il le continue le lundi de chaque semaine.

Reconstruction de l'École pratique et de la Clinique d'accouchement. — Par décret du Président de la République, M. le ministre de l'instruction publique est chargé de présenter à l'Assemblée nationale un projet de loi dont voici les principales dispositions :

1° Il sera procédé à la reconstruction de l'École pratique et des Cliniques de la Faculté de médecine de Paris à frais communs par l'Etat et la ville de Paris.

2° Un crédit de 2.370.000 fr. est affecté aux dépenses à la charge de l'Etat, autorisées par la présente loi.

3° La Ville sera reconnue propriétaire de la totalité des terrains et des constructions de l'Ecole pratique, l'Etat faisant abandon, à titre gratuit, des droits qu'il pourrait faire valoir sur le bâtiment du musée Dupuytren et ses dépendances. Cette concession est faite à la condition qne la Ville s'engage, d'autre part, à conserver à perpétuité dans lesdits terrains et constructions les services de la Faculté, à appproprier les bâtiments à l'usage des dits services, et à pourvoir à leur entretien.

4° L'Etat cède à la ville de Paris, pour y transporter immédiatement les cliniques de la Faculté, moyennant une somme de 489.820 fr., un terrain d'une contenance de 3,000 mètres. Les constructions à édifier sur ledit îlot seront également reconnues propriété de la Ville.

Suit un *projet de convention* à passer entre l'Etat et la ville de Paris.

Nécrologie. — Nous avons l'extrême regret d'annoncer la mort de notre collaborateur et ami, M. Aubin François Gary, l'un des externes les plus zélés et les plus méritants des hôpitaux.

M. Gary est mort à l'âge de 25 ans, d'une angine diphthéritique dont il avait contracté le germe à l'hôpital Sainte-Eugénie. Ce travailleur distingué qui avait su se concilier l'estime et l'amitié de ses maîtres consacrait une grande partie de son temps à la traduction des articles extraits des feuilles scientifiques d'Espagne et d'Angleterre.

M. Cadet de Gassicourt le dernier maître de M. Gary à l'hôpital Sainte-Eugénie, a prononcé sur la tombe de ce jeune homme, victime de son dévouement, un discours qui a vivement impressionné l'assistance.

---

letin trimestriel (3e) des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris.

NOMS des ablissements.	NOMBRE des accou-chements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpé-rale.	Femmes dont la grossesse a été normale. Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpé-rale.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpé-rale.	Femmes dont la grossesse a été normale. Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpé-rale.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
tel-Dieu....	57	»	2	»	1	3	»	3.50	»	1.76	5.26	»	1 (1)
ié........	98	1	»	»	»	1	1.02	»	»	»	1.02	»	2 (2)
rité.......	90	2	»	»	»	2	2.22	»	»	»	2.22	»	»
nt-Antoine.	40	5	»	»	»	5	12.50	»	»	»	12.50	1	»
ker........	34	4	»	»	»	4	11.76	»	»	»	11.76	»	»
ujon......	70	2	3	»	1	6	2.86	4.29	»	1.42	8.57	1 (3)	»
iboisière...	198	3	1	»	»	4	1.52	0.50	»	»	2.02	»	1 (4)
nt-Louis...	219	1	»	»	2	3	0.45	»	»	0.90	1.36	1	»
roine.....	6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
ital temporaire (r. de Sèvres).	3	»	1	»	»	1	»	33.33	»	»	33.33	»	»
OTAL......	815	18	7	»	4	29	2.20	0.86	»	0.49	3.55	3	4
vices spéciaux													
hin.......	187	1	1	»	»	2	0.53	0.53	»	»	1.06	1	»
iques.....	180	2	2	»	»	4	1.11	1.11	»	»	2.22	»	»
d'Accouchem.	258	»	1	»	»	1	»	0.38	»	»	0.38	»	»
TAL.......	625	3	4	»	»	7	0.48	0.64	»	»	1.12	1	»

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accou-chements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	2582	2	0.07
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	536	»	»

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

(1) Péritonite puerpérale.
(2) Fièvre puepérale.
(3) Fièvre puerpérale.
(4) Péritonite puerpérale (amenée mourante.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Traitement de l'épithélioma du col par les cautérisations à l'acide chromique, leçon de M. le professeur VERNEUIL (*France médicale*, 1875).

Influence de l'allaitement sur les hémorrhagies utérines (Société de médecine de Lyon, séance du 2 août 1875, in *Lyon-médical*).

Hémorrhagies puerpérales et postpuerpérales. — Transfusion, par le Dr FÉRÉOL. (*Tribune médicale*, 11 juillet 1875).

Tumeur cérébrale d'origine hémorrhagique chez une primipare âgée de 22 ans, enceinte de 7 mois, accidents épileptiformes; mort; opération césarienne post mortem. Enfant ayant vécu 3 heures, par le Dr PINARD (*Progrès médical*, 10 juillet 1875 et *Gaz. obst.*, 5 août 1875).

De la prophylaxie des abcès mammaires par l'application du principe du repos, par Bathurst WOODMAN (*The obstetrical Journal*, 1875).

Compression de l'aorte dans les hémorrhagies graves après l'accouchement, par le Dr Léon GROS (*Bullet. de thérap.*, 15 janv. 1875).

Sur le cancer primitif de la vulve et du vagin, par RONDOT (*Gaz. hebd.*, 1875, p. 210, 227).

Absence du l'utérus et du vagin; vagin double, par NICAISE (*Gaz. méd.*, 1875, p. 585).

Séparation du vagin et du col de l'utérus par une cloison inter-utéro-vaginale, par le Dr MAURIN (*Gaz. hebd.*, 1875, p. 451).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Traité clinique des maladies des femmes, par Robert BARNES. Traduit de l'Anglais, par le Dr A. Cordes, et précédé d'une préface de M. le professeur Pajot, avec 169 figures dans le texte. 1 vol. in-8 de 787 pages. Masson, éditeur.

Nouvelles recherches sur la durée de la grossesse, ses rapports avec la conception, l'ovulation et la menstruation, par Prosper GASTON. Thèse de Paris, 1875.

Memorials of Harvey including a letter and autographs in facsimile, réunis et édités, par J. H. AVELING. Churchill, éditeur, New Burlington street, Londres, 1875.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME IV

Juillet à décembre 1875.

A.

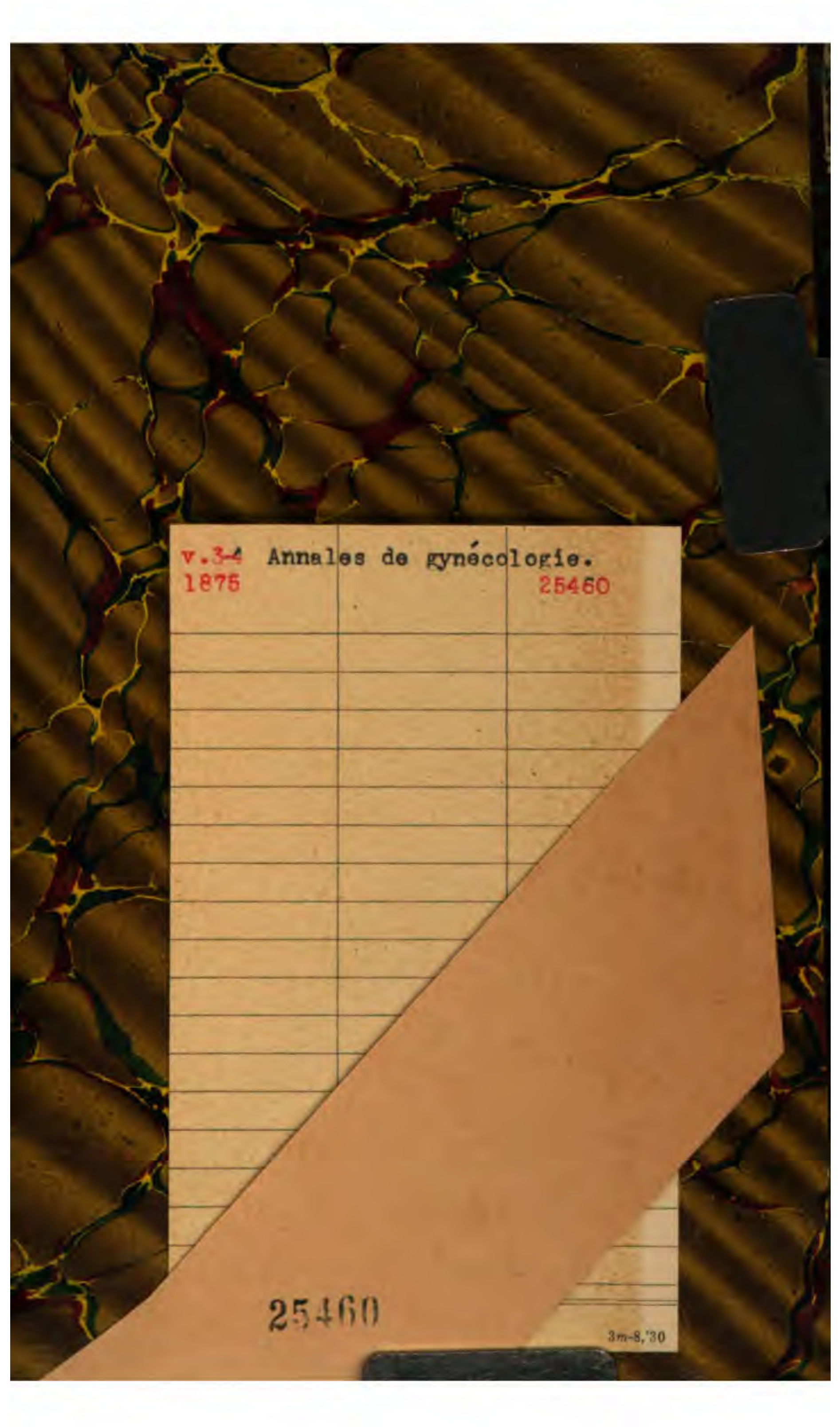
B.

C.

FIN DE LA TABLE.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.


DATE DUE SLIP
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY
THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW
2m-11,'29



v.3-4 Annales de gynécologie.
1875
25460
25460
3m-8,'30

